

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA FIBROMIALGIA: PERSONALIDADE E
HISTÓRIA DE VIDA

Barbara Isabel Dinis Gonzalez

DOUTORAMENTO EM PSICOLOGIA

Psicologia Clínica

2013

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA FIBROMIALGIA: PERSONALIDADE E
HISTÓRIA DE VIDA

Barbara Isabel Dinis Gonzalez

Tese orientada pelo Prof. Doutor Telmo Mourinho Baptista e pelo Prof. Doutor Jaime da Cunha Branco, especialmente elaborada para a obtenção do grau de doutor em Psicologia Clínica

2013

Esta dissertação foi financiada com uma bolsa de formação individual pela Fundação para a Ciência e Tecnologia FCT-MEC (SFRH / BD / 44141 / 2008)



Dedicado a todos os que conhecem a ausência de saúde.

Agradecimentos

Chegado este momento final, de lembrar e agradecer a todos os que tornaram possível a realização deste trabalho, não posso deixar de expressar, em primeiro lugar, que foi com genuíno gosto e prazer que realizei cada fase do mesmo, do primeiro ao último momento, desde a concepção do projecto inicial até às últimas palavras escritas. Foram quase cinco anos de trabalho desde a ideia inicial e, contrariamente ao que eu própria poderia antecipar, esse gosto nunca se dissipou, nem mesmo nos momentos de maior ansiedade, esforço ou preocupação.

Agradeço ao meu orientador, Professor Telmo Mourinho Baptista, por todo o processo e pelas conversas tão produtivas e interessantes que sempre tivémos, desde o momento em que esta tese não passava de uma ideia, tornando-se um projecto e chegando ao presente trabalho, sobre um tema que tanto interessa a ambos. O gosto genuíno que tive neste trabalho deve-se muito à qualidade que encontrei no meu orientador, não apenas científica e pedagógica, mas completa.

Ao meu co-orientador, Professor Jaime da Cunha Branco, pelo seu contributo e apoio imprescindíveis em tudo o que respeita à dimensão clínica desta tese, ao conhecimento sobre os aspectos fisiológicos das condições clínicas envolvidas e ao contacto com os grupos clínicos.

À Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT), por ter financiado este projecto.

À Faculdade de Psicologia da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, por me ter permitido realizar o último ano e meio deste trabalho em exclusividade.

A todas as mulheres que constituíram a amostra deste estudo, dispostas a dispendir um tempo considerável no preenchimento dos instrumentos, sem as quais este estudo não teria sido possível. Um especial e muito sentido agradecimento a cada uma das doentes com fibromialgia e com artrite reumatóide, que, apesar do mal-estar inevitável da sua condição, se disponibilizaram para participar, num contributo nobre à investigação. No grupo saudável, a Fátima Vale e a Rosário Henriques devem ser mencionadas, pela ajuda inestimável prestada no recrutamento de outras participantes.

Agradeço às Associações de defesa dos doentes, com fibromialgia e artrite reumatóide, sem as quais o contacto com um número substancial de doentes não teria

sido possível. À Direcção da MYOS- Associação Nacional Contra a Fibromialgia e Síndrome de Fadiga Crónica, à psicóloga da associação Rita Canaipa, a todas as voluntárias e, muito especialmente, a Carolina Lopes, que foi inexcelável no apoio prestado e na capacidade de iniciativa demonstrada. À Direcção da ANDAR- Associação Nacional de Doentes com Artrite Reumatóide e, muito particularmente, à Margarida Costa, cujo apoio e simpatia são dignos de menção.

Ao Dr. António Vilar, pela disponibilidade e amabilidade demonstradas.

À Professora Rosa Novo, por ter autorizado a utilização da versão portuguesa do MMPI-2 e pelo apoio prestado quando necessário.

À Professora Ana Sousa Ferreira, pelo apoio estatístico prestado em certos momentos deste trabalho.

Ao David Neto, por ter efectuado a codificação das entrevistas de história de vida e por ter sido um óptimo colega de Doutoramento e um excelente exemplo “científico” e a seguir.

À Cristina Camilo, por ser um exemplo de qualidade como investigadora, pelo apoio prestado e pelos almoços e animadas conversas que tanta falta fazem no decurso de um longo trabalho.

À Ana Monteiro, pelo trabalho efectuado de transcrição das entrevistas de história de vida.

À Sara Ibérico Nogueira, que considero a minha madrinha académica e um exemplo, acima de tudo, pessoal.

À Ana Loureiro, à Susana Veloso e à Conceição Cuvaneiro, pois cada conversa e incentivo foram uma ajuda valiosa.

Finalmente, agradeço ao Gil, que tem praticamente os mesmos anos de vida que este Projecto. Tudo lhe é dedicado e só ele faz com que tudo seja relativizado, até a importância de um Doutoramento.

Resumo

A fibromialgia é uma síndrome funcional crónica marcada por dor músculo-esquelética generalizada, cujas causas permanecem desconhecidas. O papel específico da dimensão psicológica nesta síndrome permanece por explicar. Segundo uma perspectiva biopsicossocial da fibromialgia, investigámos a relação entre a personalidade, os acontecimentos de vida potencialmente traumáticos, o estado de saúde física e mental, dor e incapacidade. Para tal, foram realizados dois estudos. Um estudo quantitativo, de comparação de um grupo de mulheres com fibromialgia com um grupo com artrite reumatoide e grupo saudável, relativamente à saúde física e mental auto-percepcionadas, dor, personalidade, acontecimentos de vida potencialmente traumáticos e acontecimentos negativos experienciados no último ano. Um estudo qualitativo, de entrevista de história de vida a um subgrupo das mulheres com fibromialgia, com análise fenomenológica interpretativa e codificação em temas de agência e comunhão. Os principais resultados quantitativos são os seguintes: no grupo com fibromialgia, não houve relação entre os acontecimentos de vida e as variáveis de saúde; o grupo com fibromialgia esteve significativamente pior que os outros dois grupos em quase todas as variáveis; verifica-se alguma heterogeneidade no grupo com fibromialgia, diferenciando-se entre pacientes com pior resultado em termos de saúde e de personalidade e um subgrupo mais positivo a ambos os níveis. O grupo com fibromialgia fez mais atribuição causal do surgimento da síndrome a um acontecimento desencadeante que o grupo com artrite. Os resultados qualitativos mostram temas comuns que se destacam, como as adversidades na infância e elevado perfeccionismo e, há uma predominância de agência. Em suma, a personalidade revelou-se preditora do estado de saúde e os acontecimentos de vida potencialmente traumáticos não tiveram a relevância esperada.

Palavras-chave: fibromialgia, estado de saúde, personalidade, acontecimentos de vida, atribuição causal

Abstract

Fibromyalgia is a chronic functional syndrome characterized by widespread musculoskeletal pain, which causes remain unknown. The specific role of the psychological factors is still not clarified. According to a biopsychosocial perspective of fibromyalgia, we investigated the relation between personality, potentially traumatic life events, physical and mental health, pain and disability. Two studies were conducted. In a quantitative study, we compared a group of women with fibromyalgia with a group of women with rheumatoid arthritis and a healthy group in self-reported physical and mental health, pain, personality, potentially traumatic life events and negative events in the last year. In a qualitative study, of life story interview to a subgroup of fibromyalgia patients, we made an interpretative phenomenological analysis and a coding for themes of agency and communion. The main quantitative results show that, in the fibromyalgia group, there were no significant relations between the health measures and the life events; the fibromyalgia patients were significantly worse than the other two groups in most of the measures. We found some heterogeneity in the fibromyalgia patients, with a group with worse health and personality problems and another group more positive in both. The fibromyalgia patients made more causal attribution of the syndrome to a triggering event than the rheumatoid arthritis patients. The qualitative results show some common themes that stand out, such as adversity in childhood and perfectionism and, there is a predominance of agency. In conclusion, the personality was predictive of the health condition and the potentially traumatic live events were not as relevant as expected.

Key-words: fibromyalgia, health status, personality, potentially traumatic events, causal attribution

Índice

Agradecimentos	vii
Resumo	ix
Abstract	xi
Índice de tabelas	xv
Índice de figuras	xviii
Introdução e contextualização do problema	1
Capítulo 1. Revisão da literatura	7
Explicação e enquadramento clínico da fibromialgia.....	8
Auto-percepção do estado de saúde: Especificidades da fibromialgia.....	14
Aspectos psicológicos e fibromialgia.....	18
Modelos sobre dor crónica.....	21
Personalidade, saúde e doença.....	26
Personalidade preditora de saúde.....	28
O modelo dos cinco factores da personalidade.....	30
Perturbação da personalidade e saúde.....	32
MMPI/MMPI-2 na saúde e doença.....	32
Personalidade e dor crónica.....	34
Abordagens conceptuais.....	34
Revisão de estudos sobre personalidade e dor crónica.....	37
MMPI/MMPI-2 e dor crónica.....	39
Acontecimentos de vida.....	45
Stress e stressores.....	45
Acontecimentos potencialmente traumáticos e saúde na população geral.....	49
A mediação da Perturbação Pós-Stress Traumático.....	53
Acontecimentos potencialmente traumáticos e depressão.....	54
O viés da recordação.....	55
Acontecimentos de vida e dor crónica.....	57
Acontecimentos potencialmente traumáticos e dor crónica.....	57
Dor crónica e Perturbação Pós-Stress Traumático.....	61
Dor crónica e depressão.....	63
Personalidade e acontecimentos de vida.....	64
Personalidade como preditora de exposição a acontecimentos de vida.....	64
Acontecimentos na infância e estruturação da personalidade.....	67
Acontecimentos ao longo da vida e influência na personalidade.....	68
Fibromialgia: Personalidade e acontecimentos de vida.....	71
Abordagem biopsicossocial da fibromialgia.....	71
Personalidade e fibromialgia.....	76
Acontecimentos de vida potencialmente traumáticos e fibromialgia.....	82
Capítulo 2. Estudo empírico quantitativo	93
Introdução.....	94
Objectivos.....	94
Hipóteses.....	95
Método.....	95
Participantes.....	95

Instrumentos.....	103
Procedimento.....	112
Análise dos dados.....	114
Resultados.....	115
Análises ao grupo FM.....	115
Comparação entre os três grupos.....	137
Atribuição causal.....	155
Discussão.....	159
Capítulo 3. Estudo empírico qualitativo.....	177
Introdução.....	178
História de vida e personalidade.....	178
As dimensões de agência e comunhão na história de vida.....	179
Relação entre agência e comunhão e os cinco factores da personalidade.....	180
Relação entre agência e comunhão e aspectos de saúde mental e física.....	181
Objectivos.....	183
Questão de investigação.....	183
Método.....	183
Participantes.....	183
Instrumento.....	184
Procedimento.....	185
Análise dos dados: O processo de codificação.....	185
Resultados.....	188
Temas emergentes da análise fenomenológica interpretativa.....	188
Agência e comunhão.....	206
Referências à fibromialgia na história de vida.....	207
Discussão.....	208
Capítulo 4. Discussão geral e conclusões.....	217
Principais resultados e resposta às hipóteses.....	218
Vantagens, limitações e perspectivas de investigação.....	221
Aspectos finais relevantes.....	224
Referências.....	227
Anexos.....	257
Anexo A. Declaração de Consentimento Informado.....	259
Anexo B. Questionário de Impacto da Fibromialgia (FIQ).....	261
Anexo C. Questionário de Estado de Saúde (versão reduzida SF-8).....	265
Anexo D. Escala Numérica para a Dor (EN-11).....	269
Anexo E. Escala de Intensidade de Sintomas.....	271
Anexo F. Descrição das Escalas do MMPI-2.....	273
Anexo G. Lista de Acontecimentos de Vida (LAV).....	281
Anexo H. Questionário de Acontecimentos de Vida- Versão para Adultos.....	283
Anexo I. Questionário Sociodemográfico e Clínico.....	287
Anexo J. Guião da Entrevista de História de Vida.....	291
Anexo K. Codificação para os Temas de Agência e Comunhão.....	301

Índice de Tabelas

Tabela 1. Distribuição das Participantes por Estado Civil.....	97
Tabela 2. Distribuição das Participantes por Nível de Escolaridade.....	98
Tabela 3. Distribuição das Participantes por Situação Laboral.....	99
Tabela 4. Distribuição das Participantes FM e SA por Grupos Etários.....	100
Tabela 5. Distribuição do Estado Civil por Grupos Etários nos Grupos FM e SA.....	100
Tabela 6. Distribuição do Nível de Escolaridade por Grupos Etários nos Grupos FM e SA.....	101
Tabela 7. Distribuição da Situação Laboral por Grupos Etários nos Grupos FM e SA.....	102
Tabela 8. Média e Desvio Padrão das Variáveis Clínicas nos Grupos FM e AR.....	103
Tabela 9. Análise Factorial Exploratória ao SF-8 com Extracção dos Factores Pelo Método das Componentes Principais Seguida de Rotação Varimax.....	105
Tabela 10. Correlações Significativas entre Variáveis Clínicas, de Saúde e Acontecimentos de Vida no Grupo FM.....	116
Tabela 11. Correlações Significativas das Escalas Clínicas MMPI-2 com as Variáveis Clínicas, de Saúde e Acontecimentos de Vida no Grupo FM.....	117
Tabela 12. Correlações Significativas das Escalas de Conteúdo MMPI-2 com as Variáveis Clínicas, de Saúde e Acontecimentos de Vida no Grupo FM...	119
Tabela 13. Correlações Significativas das Escalas PSY-5 MMPI-2 com as Variáveis Clínicas, de Saúde e Acontecimentos de Vida no Grupo FM...	120
Tabela 14. Correlações Significativas das Escalas Suplementares MMPI-2 com as Variáveis Clínicas, de Saúde e Acontecimentos de Vida no Grupo FM.....	121
Tabela 15. Indicadores e Categorias para Discriminação do Grupo FM na Análise de Correspondências Múltiplas.....	123
Tabela 16. Discriminação das Variáveis nas Duas Dimensões obtidas na Análise de Correspondências Múltiplas.....	126

Tabela 17. Quantificação das Categorias nas Dimensões Obtidas na Análise de Correspondências Múltiplas	127
Tabela 18. Caracterização dos Centróides dos Clusters em Função das Dimensões da Análise de Correspondências Múltiplas.....	130
Tabela 19. Pontuação Média nas Escalas Clínicas nos Três Clusters da Personalidade.....	131
Tabela 20. Índices de Ajustamento dos Três Modelos de Medida.....	137
Tabela 21. Diferença Média e Significância (Teste de Tukey HSD) no Estado de Saúde Física em Função do Tipo de Grupo.....	138
Tabela 22. Diferença Média e Significância (Teste de Tukey HSD) no Estado de Saúde Mental em Função do Tipo de Grupo.....	138
Tabela 23. Diferença Média e Significância (Teste de Tukey HSD) no Nível de Dor em Função do Tipo de Grupo.....	140
Tabela 24. Frequências (%) dos Acontecimentos Potencialmente Traumáticos na Infância.....	141
Tabela 25. Frequências (%) dos Acontecimentos Potencialmente Traumático Sem Ser na Infância.....	142
Tabela 26. Frequências (%) dos Acontecimentos Negativos no Último Ano.....	143
Tabela 27. Média e Desvio Padrão das Escalas MMPI-2 nos Grupos FM, AR e SA.....	147
Tabela 28. Diferença Média e Significância (Teste de Tukey HSD) na Hipocondria em Função do Tipo de Grupo.....	149
Tabela 29. Diferença Média e Significância (Teste de Tukey HSD) na Depressão em Função do Tipo de Grupo.....	150
Tabela 30. Diferença Média e Significância (Teste de Tukey HSD) na Histeria em Função do Tipo de Grupo.....	150
Tabela 31. Diferença Média e Significância (Teste de Tukey HSD) na Psicastenia em Função do Tipo de Grupo.....	152
Tabela 32. Diferença Média e Significância (Teste de Tukey HSD) na Esquizofrenia em Função do Tipo de Grupo.....	152
Tabela 33. Diferença Média e Significância (Teste de Tukey HSD) nas Preocupações com a Saúde em Função do Tipo de Grupo.....	154

Tabela 34.	Diferença Média e Significância da Diferença (Teste de Tukey HSD) na Força do Ego em Função do Tipo de Grupo.....	155
Tabela 35.	Diferença Média e Significância (Teste de Tukey HSD) no Stress Pós-Traumático em Função do Tipo de Grupo.....	155
Tabela 36.	Média e Desvio Padrão das Medidas de Saúde Segundo a Atribuição Causal no Grupo FM.....	156
Tabela 37.	Média e Desvio Padrão dos Acontecimentos Potencialmente Traumáticos Sem Ser na Infância Segundo a Atribuição Causal no Grupo FM.....	157
Tabela 38.	Média e Desvio Padrão das Escalas Clínicas MMPI-2 Segundo a Atribuição Causal no Grupo FM.....	158
Tabela 39.	Frequências do Tipo de Atribuição Causal nos Grupos FM e AR.....	159
Tabela 40.	Lista de Temas Individuais do Tema Principal 1 “Luta”.....	190
Tabela 41.	Lista de Temas Individuais do Tema Principal 2 “Ênfase nas Adversidades”.....	190
Tabela 42.	Lista de Temas Individuais do Tema Principal 3 “Sobrepôr o Positivo ao Negativo”.....	191
Tabela 43.	Lista de Temas Individuais do Tema Principal 4 “Marcas da Infância Infeliz”.....	191
Tabela 44.	Lista de Temas Individuais do Tema Principal 5 “Ajudar os Outros”.....	192
Tabela 45.	Lista de Temas Individuais do Tema Principal 6 “Perfeccionismo e Desejo de Progredir”.....	192
Tabela 46.	Lista de Temas Individuais do Tema Principal 7 “Presente sem Plenitude”.....	193
Tabela 47.	Lista de Temas Individuais do Tema Principal 8 “Percepção de Injustiça”.....	193
Tabela 48.	Lista de Temas Individuais do Tema Principal 9 “Ocultar e Guardar para Si”.....	194
Tabela 49.	Média e Desvio-Padrão dos Temas de Agência e Comunhão.....	206
Tabela 50.	Número de Participantes que Refere a Fibromialgia na Entrevista de História de Vida.....	207

Índice de Figuras

Figura 1. Localização dos pontos dolorosos definidos nos critérios de classificação da fibromialgia propostos pelo Colégio Americano de Reumatologia em 1990.....	9
Figura 2. Padrão de correlação das dimensões do NEO-PI com as dimensões do EPQ e do MPQ.....	28
Figura 3. Distribuição das variáveis no plano de duas dimensões obtido na análise de correspondências múltiplas.....	129
Figura 4. Coeficientes da máxima verossimilhança estandardizados para o modelo de equação estrutural descrevendo a relação entre a personalidade e a saúde, mediada pelos acontecimentos de vida.....	134
Figura 5. Coeficientes da máxima verossimilhança estandardizados para o modelo de equação estrutural descrevendo a relação dos acontecimentos de vida com a personalidade e com a saúde.....	135
Figura 6. Coeficientes da máxima verossimilhança estandardizados para o modelo de equação estrutural descrevendo a relação da saúde com a personalidade e com os acontecimentos de vida.....	136
Figura 7. Pontuação no estado de saúde física e estado de saúde mental nos grupos FM, AR e SA.....	139
Figura 8. Pontuação nos acontecimentos potencialmente traumáticos na infância e acontecimentos negativos no último ano nos grupos FM, AR e SA.....	145

"É coisa preciosa, a saúde, e a única, em verdade, que merece que em sua procura empreguemos não apenas o tempo, o suor, a pena, os bens, mas até a própria vida; tanto mais que sem ela a vida acaba por tornar-se penosa e injusta."

Michel Eyquem de Montaigne

Introdução e contextualização do problema

Desde o primeiro momento, ainda antes de iniciar o projecto de doutoramento que deu origem a este trabalho, esteve sempre presente a ideia de que a escolha deste tema não era isenta de polémica, nem, certamente, a mais óbvia. Centra-se numa população específica, com uma síndrome cujas causas permanecem por compreender há mais de duas décadas e cujo nome é ainda causador de estranheza para muitos. Um diagnóstico que não é pacífico para todos, comunidade médica incluída, suscitando ainda desconfiança e não sendo merecedor da total credibilidade que é atribuída a outras condições clínicas.

Enquanto psicóloga, toca-me o sofrimento associado a uma síndrome sem explicação e causa definida, que deixa ainda muitas interrogações nas pessoas que com ela são diagnosticadas e que enfrentam as interrogações nos seus familiares, na população em geral e, muitas vezes, nos próprios técnicos de saúde. Como investigadora e mestre em psicologia da saúde considero que esta síndrome, enquanto objecto de estudo, constitui-se num cruzamento perfeito entre aspectos psicológicos e físicos em que, sendo os factores psicológicos presentes e importantes, ainda não é completamente claro a que nível e em que dimensão.

Assim sendo, foi o desejo de acrescentar algo ao esclarecimento sobre a dimensão psicológica que guiou a elaboração deste trabalho, avançando por um terreno ainda muito pouco desbravado e com um carácter, a vários níveis, exploratório.

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (2011) define dor como “uma experiência sensorial ou emocional desagradável, associada a dano real ou potencial dos tecidos ou descrita em termos de tal dano”. A dor crónica é definida como “dor ou desconforto que persistiu contínua ou intermitentemente durante mais de três meses”. Segundo esta associação, a dor crónica é uma doença por direito próprio, muito generalizada e com elevados custos, não apenas para a qualidade de vida de quem sofre de dor e dos que o rodeiam mas, a nível financeiro, comparáveis aos do cancro e das doenças cardiovasculares. Segundo a revisão efectuada por Huijer (2010), uma em cada cinco pessoas sofre de dor moderada a severa e uma em três é incapaz de manter um estilo de vida independente devido à dor crónica. Entre metade e dois terços das pessoas com dor crónica são incapazes de se exercitar, dormir normalmente, participar em actividades sociais e realizar actividades quotidianas como andar, conduzir ou ter

relações sexuais e, uma em quatro reporta um acentuado défice nas relações com a família e amigos.

Reid et al. (2011), numa revisão sistemática de estudos primários com dados epidemiológicos sobre a dor crónica não cancerígena na Europa (excluindo estudos que apenas diziam respeito a enxaquecas e dor associada a outras doenças específicas), verificaram que as estimativas de prevalência variam tipicamente entre 10 e 30% da população adulta. Os autores identificaram uma prevalência de 19% de dor crónica moderada a severa, equivalendo a aproximadamente 80 milhões de europeus. A dor crónica tem impacto significativo na auto-percepção do estado de saúde, actividades quotidianas, relações pessoais e foi significativamente associada a sintomas depressivos. Numa maioria de pessoas reportando dor crónica moderada a severa, a dor afectou severamente as actividades quotidianas, incluindo a capacidade para dormir, fazer exercício, erguer objectos e fazer tarefas domésticas e, uma percentagem substancial sentia-se menos capaz ou mesmo incapaz de exercer funções sociais. O número médio de dias de trabalho perdidos devido a dor crónica moderada a severa nos últimos seis meses correspondia a 7,8 dias e 22% destas pessoas tinham perdido pelo menos 10 dias. Apenas 52% dos pacientes com dor lombar crónica, em reabilitação, estavam a trabalhar a tempo inteiro ou parcial e uma elevada percentagem reportava controlo inadequado da dor e insatisfação com os tratamentos para a dor. Neste sentido, os autores enfatizam o impacto dramático que a dor crónica não cancerígena tem na sociedade europeia, como problema de saúde pública, em termos de qualidade de vida, impacto económico e sobrecarga de utilização dos recursos do sistema de cuidados de saúde.

Relativamente à situação portuguesa, o Relatório *Pain Proposal* (2010), como parte da iniciativa que reúne um grupo de especialistas em dor crónica de toda a Europa para maior consenso sobre a dor crónica e seu impacto na Europa, identificou os seguintes dados relativos ao impacto da dor crónica: prevalência da dor crónica na população adulta de 36%, correspondendo a aproximadamente três milhões de adultos, sendo de 16% a dor classificada como moderada a grave; cerca de 50% dos doentes reportam impacto moderado ou grave da dor crónica nas suas actividades domésticas ou laborais e 17% apresentam um diagnóstico de depressão associada à dor crónica; 13% dos doentes tiveram reforma antecipada devido à dor e 35% encontram-se insatisfeitos com o tratamento da dor.

Se a dor crónica é por si só um problema de saúde pública, com grande impacto e custos directos e indirectos, a síndrome de fibromialgia, que tem na dor generalizada crónica o seu aspecto nuclear, associada ao facto de não ter ainda uma explicação clínica claramente definida, tem um impacto debilitante na saúde física e psicológica que é importante investigar. Guerreiro-Prado et al. (2011) verificaram que 85.7% da sua amostra de mulheres com diagnóstico de fibromialgia afirmaram lidar mal ou muito mal com a doença, 94.3% afirmaram ter a qualidade de vida bastante ou muito afectada e 85.7% reportaram o mesmo relativamente às suas relações sociais, levando os autores a realçar a grande severidade em todos os parâmetros, sobretudo na adaptação social. Choy et al. (2010), através de uma vasta amostra de pacientes com fibromialgia de oito países, verificaram que a fibromialgia tem um impacto notável na qualidade de vida e funcionamento, nomeadamente em aspectos como a motivação, concentração, mobilidade, relações pessoais e *hobbies*. Verificaram também um grande impacto económico da fibromialgia no mundo laboral, sendo que quase metade dos doentes tinha faltado ao trabalho durante pelo menos duas semanas no ano anterior devido à fibromialgia, 22% estavam actualmente incapazes de trabalhar e 25% sentiam-se incapazes de trabalhar a tempo inteiro. Em concomitância, 35% dos doentes não estavam satisfeitos com o seu regime de tratamento, no que respeita ao controlo da dor.

Relativamente a estudos comparativos, no que respeita a custos associados à doença, White et al. (2008) verificaram que os custos totais do grupo com fibromialgia foram similares aos do grupo com osteoartrite e significativamente mais elevados que os do grupo de controlo. Especificamente, os funcionários com fibromialgia apresentavam mais diagnósticos psiquiátricos, fadiga crónica e dor, enfatizando-se assim o impacto económico significativo da fibromialgia.

Sendo abordada na literatura a existência de comorbilidades psiquiátricas associadas a esta síndrome, é necessária mais investigação para melhor determinar a natureza destas comorbilidades, cuja compreensão tem importantes implicações clínicas porque o tratamento destes pacientes deveria visar tanto factores físicos como psicológicos (Buskila & Cohen, 2007). Assim, o papel da dimensão psicológica no surgimento e manutenção da fibromialgia permanece por esclarecer, estimulando novos estudos que se foquem em diferentes aspectos desta dimensão. Consideramos que este estudo é pertinente e especialmente relevante porque não encontramos, a nível

internacional, nenhum estudo sobre esta população que conjugasse uma avaliação tão abrangente da personalidade com o papel de acontecimentos de vida potencialmente traumáticos antes do surgimento da fibromialgia; da mesma forma, não temos conhecimento de outro estudo que conjuga uma avaliação quantitativa destes aspectos com uma análise qualitativa da narrativa da história de vida global, não exclusivamente centrada na vivência da síndrome, mas sim, na individualidade da pessoa com fibromialgia.

Esta investigação integra-se numa perspectiva biopsicossocial da fibromialgia (Eich, Hartmann, Mueller, & Fischer, 2000), sendo que as variáveis de saúde avaliadas correspondem à componente “bio” (embora tratando-se de auto-percepção), a personalidade à componente “psico” e os acontecimentos de vida à componente social (salientando-se, no entanto, que é privilegiada uma perspectiva psicológica, de apreciação, valorização e relato dos acontecimentos, com o envolvimento da devida subjectividade). Tem como objectivos gerais, por um lado, ajudar a clarificar o papel da personalidade e dos acontecimentos de vida potencialmente traumáticos na síndrome de fibromialgia, nomeadamente na sua relação com o estado de saúde física e mental, incapacidade e dor; por outro lado, conhecer a história de vida de um conjunto de pacientes com fibromialgia e identificar aspectos comuns que ajudem a uma caracterização mais fina e abrangente da mesma.

Para este fim, foram realizados dois estudos: um primeiro estudo, com uma metodologia quantitativa, de comparação entre o grupo com fibromialgia e outros dois grupos; um segundo estudo, com metodologia qualitativa, aplicado a um subgrupo da amostra com fibromialgia. Esta conjugação de metodologias insere-se numa perspectiva de complementaridade que visa a integração de facetas diferentes de um fenómeno, que se tocam, para uma compreensão mais rica e aprofundada do mesmo (Greene, Caracelli, & Graham, 1989). Especificamente, corresponde a uma abordagem à personalidade a diferentes níveis: no primeiro estudo, o nível 1 da personalidade, de avaliação dos traços e, no segundo estudo, o nível 3, da história de vida internalizada (McAdams, 1996). O primeiro estudo é considerado o central, visando o segundo estudo uma ilustração e aprofundamento de aspectos que permitam estabelecer com os resultados do primeiro uma relação de carácter essencialmente conceptual. Não são estabelecidas relações de associação estatística entre as variáveis avaliadas no primeiro estudo e as do segundo

estudo, na medida em que a própria dimensão da amostra do segundo estudo, sendo adequada ao tipo de análise a efectuar, não o é para relações estatísticas de tipo inferencial. Assim, ambos os estudos são relativamente independentes.

A presente dissertação encontra-se dividida em quatro capítulos, incluindo ainda bibliografia e anexos. O primeiro capítulo corresponde a uma revisão de literatura que integra os aspectos teóricos relativos aos conceitos principais envolvidos neste estudo. Este capítulo inicia-se com uma explicação e enquadramento clínico da fibromialgia, seguindo-se a abordagem a especificidades da auto-percepção do estado de saúde nas pessoas com fibromialgia, os aspectos psicológicos associados a esta síndrome e, ainda, uma apresentação da evolução dos modelos e concepções sobre a dor crónica. Seguidamente, abordamos os constructos que se constituem como temas centrais deste estudo, a personalidade e os acontecimentos de vida, primeiro, num âmbito de população saudável e, em seguida, no âmbito da dor crónica. Segue-se uma abordagem à relação entre personalidade e acontecimentos de vida e, por fim, uma apresentação integrativa da relação entre personalidade e acontecimentos de vida potencialmente traumáticos na fibromialgia. O segundo capítulo descreve o estudo empírico quantitativo, organizado segundo as normas da *American Psychological Association* (APA) com introdução, método, resultados e discussão. O terceiro capítulo, diz respeito ao segundo estudo empírico qualitativo, seguindo a mesma estrutura do estudo anterior e contendo, na introdução, uma abordagem teórica específica a conceitos centrais a este estudo, que não são abordados na revisão de literatura do primeiro capítulo. Por fim, o quarto capítulo apresenta a discussão final integrativa dos resultados obtidos, as vantagens e limitações do estudo, perspectivas de investigação futura e aspectos finais mais relevantes.

Capítulo 1. Revisão da literatura

Explicação e enquadramento clínico da fibromialgia

A fibromialgia é uma síndrome funcional crónica marcada por dor músculo-esquelética generalizada e muitas vezes associada a sintomas como fadiga, dificuldades de sono, disfunção cognitiva, humor depressivo ou episódios depressivos. A sua prevalência é muito superior no sexo feminino, numa relação de aproximadamente 9:1 e afecta sobretudo mulheres na meia-idade. As causas permanecem desconhecidas e co-existem teorias relativas à patogénese que incluem lesão muscular, sono não reparador, anormalidades neuro-hormonais, processamento sensorial central dos sinais de dor anormal e limiar mais baixo de dor à palpação (*Dynamed*, 2011).

Sir William Gowers utilizou o termo *fibrositis* pela primeira vez em 1904 para descrever a dor muscular, sugerindo a inflamação do tecido muscular fibroso como causa desta condição. Em 1976, a alteração da nomenclatura de fibrositis para fibromialgia reflectiu a falta de evidência de qualquer inflamação no tecido conectivo dos indivíduos que apresentavam esta condição, verificando-se assim que nos tecidos fibrosos havia –algia (i.e., dor) mas não –itis (i.e., inflamação) (Williams & Claw, 2009). Em 1972, Smythe lançou a fundação da síndrome de fibromialgia, descrevendo dor generalizada e pontos sensíveis. O primeiro estudo clínico controlado com validação de sintomas conhecidos e pontos sensíveis foi publicado em 1981, sendo que este estudo propôs também os primeiros critérios baseados em dados (Inanici & Yunus, 2004).

Os critérios para a classificação da fibromialgia foram estabelecidos em 1990 pelo Colégio Americano de Reumatologia, identificando-se 1) história de dor generalizada, envolvendo os quatro membros e o tronco, durante um período mínimo de três meses, e combinação com 2) sensibilidade moderada ou severa à palpação digital em pelo menos 11 dos 18 pontos específicos, sem excluir a presença de anomalias radiográficas ou laboratoriais concomitantes (Wolfe et al., 1990). Simultaneamente, foi abolida a distinção entre fibromialgia primária e secundária. Na Figura 1 encontra-se a representação gráfica dos pontos doloros considerados nos critérios de classificação do Colégio Americano de Reumatologia (1990).

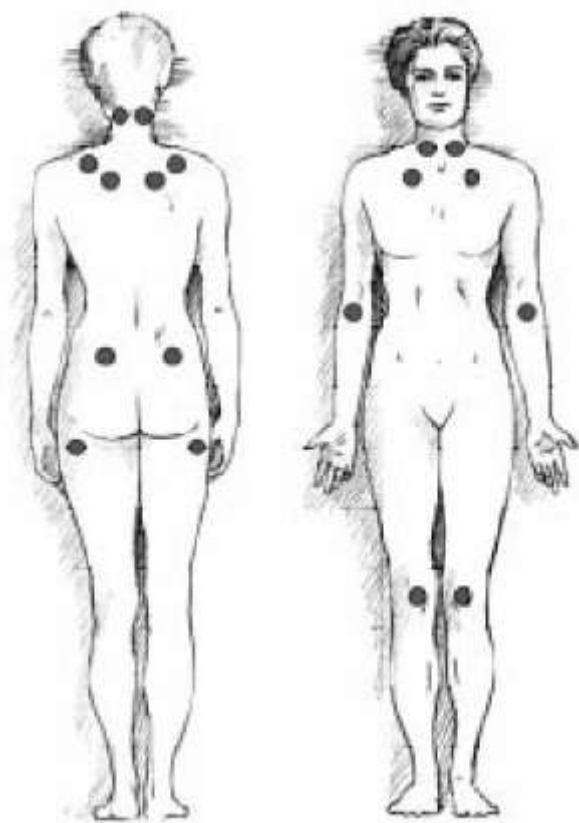


Figura 1. Localização dos pontos dolorosos definidos nos critérios de classificação da fibromialgia propostos pelo Colégio Americano de Reumatologia em 1990.

Em termos de prevalência, os dados apontam para 2% de prevalência na população geral nos Estados Unidos (3.5% nas mulheres e 0.5% nos homens), 5% nos pacientes na medicina geral e até cerca de 15% nos pacientes reumáticos (Dynamed, 2011). Segundo uma investigação realizada em 5 países europeus (França, Alemanha, Itália, Portugal e Espanha) por Branco et al. (2009), para estimar a prevalência da fibromialgia na população geral através da administração telefónica do *London Fibromyalgia Epidemiological Study Screening Questionnaire* a uma amostra representativa da comunidade com idade superior a 15 anos, verificou-se que entre os pacientes externos de reumatologia, 46% apresentaram resultados positivos para dor crónica generalizada, 32% para dor e fadiga e 14% foram casos confirmados de fibromialgia. Na população geral, 13% pontuaram positivo para dor crónica generalizada, 13.7% para dor e fadiga e 2.9% foram casos confirmados de fibromialgia.

Sendo a primeira estimativa da prevalência da fibromialgia em Portugal, obteve-se uma prevalência de 3.7%.

Na medida em que a causa e factores explicativos da fibromialgia permanecem desconhecidos, existindo falta de consenso sobre a síndrome, ela pode ser enquadrada no âmbito dos *sintomas medicamente inexplicados* (SMI), correspondentes a condições que não apresentam alterações laboratoriais ou patológicas que as identifiquem, sendo o seu diagnóstico baseado nos sintomas (Brown, 2007). No âmbito da medicina geral, os SMI são classificados como síndromes somáticas funcionais. Existem SMI relacionados com diversos sistemas corporais e, como tal, enquadrados em diversas especialidades médicas, sendo que a síndrome de fibromialgia se enquadra no âmbito da reumatologia. Enquanto alguns autores defendem a existência e especificidade de diferentes síndromes somáticas funcionais, outros autores consideram que deve ser reconhecida a existência de uma única síndrome somática funcional, que engloba uma multiplicidade de sintomas e recebe diferentes rótulos consoante a especialidade médica em que é encarada. Nomeadamente, Wessely, Nimnuan e Sharpe, em 1999, propuseram a existência de uma única síndrome somática funcional, devido à verificação de que existe substancial sobreposição nos sintomas e de que os pacientes com uma síndrome funcional frequentemente cumprem critérios de outras síndromes. Além disso, tem sido constatado o facto de que estes pacientes partilham um conjunto de características, para além dos sintomas, nomeadamente pertença ao sexo feminino, perturbações emocionais, aspectos fisiológicos e história de mau-trato e abuso infantil (Aaron & Buchwald, 2001; Wessely et al., 1999; Wessely & White, 2004).

White (em Wessely & White, 2004), numa perspectiva contrária, considera que agregar as síndromes somáticas funcionais numa única síndrome somática funcional geral é inadequado, na medida em que seria muito pouco provável a existência de um mecanismo patofisiológico que fosse comum a todas elas e, como tal, assumir uma visão unitária destas síndromes corresponderia ao afirmar da psicogénese dos sintomas. O autor considera ainda que a aparente sobreposição deve-se muitas vezes à confusão com perturbações de humor comórbidas e viéses de selecção, já que nos estudos comunitários e nos cuidados de saúde primários são encontradas taxas de sobreposição mais baixas que nos cuidados de saúde secundários. Resultados fisiológicos, como o nível de cortisol basal, são significativamente distintos em diferentes síndromes

funcionais, não permitindo assim referi-las como um todo (Tak et al., 2011) e, apesar de sobreposições substanciais em sintomas e pacientes de algumas síndromes, estas não são universais, havendo diferenças importantes (Kanaan, Lepine & Wessely, 2007; White, 2010).

Segundo Brown (2007), o termo sintomas medicamente inexplicados é em si mesmo insatisfatório, na medida em que parece ignorar as evidências de que existem aspectos fisiológicos identificáveis para muitos sintomas aparentemente inexplicados, assim como modelos teóricos que fornecem clara explicação de sintomas em termos da interacção de processos biológicos, psicológicos e /ou sociais.

Yunus (2000) propõe o conceito unificador de *Síndromes de Sensibilidade Central*, que incluiria a síndrome de fibromiagia e outras síndromes similares, partilhando características como a dor, sono deficitário, fadiga, hiperalgesia e ausência de uma patologia estrutural dos tecidos. O autor considera que elas são ligadas por um mecanismo patofisiológico comum, a sensibilização central, manifestada como hipersensibilidade a variados estímulos nocivos (e.g., pressão e calor) e não nocivos (e.g., toque) e que resulta em dor persistente, generalizada e ampliada. O autor rejeita a nomenclatura de síndromes somáticas funcionais e sintomas medicamente inexplicados, englobando a fibromialgia, na medida em que não contemplam o mecanismo patofisiológico apropriado (e.g., sensibilidade central) que é comum a estas síndromes (Yunus, 2007) e, considera ainda que o dualismo *disease-illness* e a dicotomia orgânico/não orgânico são incompatíveis com o conhecimento científico actual e devem ser abandonados (Yunus, 2008). A fibromialgia envolve aspectos biológicos e psicológicos, como qualquer doença crónica, incluindo aquelas em que existe patologia estrutural e, como tal, cada paciente deve ser avaliado na dimensão psicológica, para melhor gestão da sua condição (Yunus, 2009).

A polémica sobre a existência da fibromialgia enquanto entidade distinta continua a existir. Segundo Ehrlich (2003a), a fibromialgia subverte a lógica da medicina baseada na evidência, sendo totalmente subjectiva e definida por raciocínio circular e, os estudos que reportam alterações bioquímicas ou anatómicas na fibromialgia não têm significado, podendo corresponder mais a respostas à dor do que a causas da mesma. A fibromialgia seria então uma condição factícia, que só ganha

existência quando é nomeada por um médico, dando sentido a um conjunto de sintomas que se tornam proeminentes quando os indivíduos, sobretudo mulheres, se focam demasiado em si mesmos e no seu desconforto (Ehrlich, 2003b). Wolfe (2009) apresenta como argumentos contra o diagnóstico de fibromialgia o facto de a fibromialgia se enquadrar num contínuo de dor e outras disfunções, com ausência de um processo patológico específico, não devendo assim ser considerada uma entidade separada. Como tal, considera a fibromialgia uma doença socialmente construída, cujo diagnóstico tem efeitos emocionais e sociais negativos, levando à perpetuação dos sintomas através da legitimação de um papel de vítima e da luta por um estatuto e benefícios médico-legais.

No sentido oposto, a investigação de White e Thompson (2003) sobre a prevalência da síndrome de fibromialgia numa comunidade Amish no Canadá encontrou uma prevalência de 7.3%, superior à encontrada no grupo de controlo não-Amish, rural e urbano e, à prevalência reportada na maior parte das amostras até aí referenciadas. Segundo os autores, este resultado veio sugerir que a prevalência da fibromialgia não depende da existência de compensações monetárias (visto que elas não estão disponíveis na comunidade Amish), indo ao encontro de estudos prévios que revelam a fibromialgia como sendo mais comum em países nos quais se espera que a compensação disponível seja menor (e.g, Paquistão, Polónia e África do Sul), comparativamente a países como a Suécia, Dinamarca e Finlândia.

Harth e Nielson (2009) afirmam que o facto de a fibromialgia poder ser parte de um contínuo de dor e perturbação, rotulado de “dor crónica generalizada”, não a invalida enquanto diagnóstico, na medida em que muitas doenças claramente explicadas e aceites também se situam num contínuo e não num sistema dicotómico. Além do mais, os autores referenciam White, Speechley, Harth e Ostbye (1999), que verificaram diferenças estatisticamente significativas em aspectos clínicos entre os pacientes com dor crónica generalizada que cumpriam os critérios de diagnóstico da fibromialgia e os que não os cumpriam. Existem anomalias confirmadas por ressonância magnética funcional em doentes com fibromialgia e a evidência disponível sugere efeitos benéficos e não iatrogénicos do diagnóstico: os autores referenciam o estudo de White (2002) que, numa avaliação de seguimento de casos diagnosticados com fibromialgia,

após três anos, encontrou uma melhoria estatisticamente significativa da satisfação com a saúde, embora o funcionamento físico diminuísse ligeiramente ao longo do tempo.

Relativamente a aspectos do processamento da dor no sistema nervoso central, vários estudos têm demonstrado que os pacientes com fibromialgia experienciam a dor diferentemente dos outros indivíduos, encontrando diferenças no processamento da dor e anomalias em variados processos do sistema nervoso central no cérebro e na medula espinal. Segundo Williams e Clauw (2009), a maior parte dos investigadores sobre a fibromialgia concordam que, provavelmente, existem múltiplas razões para o processamento sensorial e dor acrescidos nesta condição e, para cada diferente mecanismo, diferentes causas. Dois mecanismos recebem suporte muito forte, sendo eles uma falta de actividade analgésica descendente e a sensibilização central. Estudos com imagem por ressonância magnética funcional, comparando grupo com fibromialgia com grupo de controlo, têm mostrado no grupo com fibromialgia um aumento do fluxo sanguíneo no cérebro em função de estímulos periféricos dolorosos a limiares muito mais baixos e, um padrão de activação que sugere que estes pacientes podem apresentar embotamento das vias inibidoras descendentes (Gracely, Petzke, Wolf, & Clauw, 2002); actividade cerebral aumentada em áreas relevantes para a dor, não apenas durante a recepção de estímulos tácteis dolorosos e não dolorosos, mas também quando em descanso (Cook et al., 2004); maior sensibilidade à provocação de dor e resposta atenuada à dor numa região cerebral específica, validando resultados prévios de inibição endógena disfuncional da dor nos pacientes com fibromialgia (Jensen et al., 2009).

O dado mais consistente na investigação da fibromialgia é a sensibilidade aumentada à pressão (i.e., hiperalgesia mecânica ou alodínia mecânica), sendo que paradigmas objectivos de testagem da dor ajudam a afastar os potenciais vieses associados ao auto-relato (Williams & Clauw, 2009). Segundo Abeles, Pillinger, Solitar e Abeles (2007), o mecanismo subjacente à hiperalgesia pode ser o que é nomeado de sensibilização central, que implica actividade espontânea dos nervos, campos receptores expandidos (resultando numa distribuição geográfica da dor mais vasta) e respostas aumentadas aos estímulos (tais como o fenómeno “wind-up”, fenómeno no qual, após um estímulo doloroso inicial, estímulos iguais subsequentes são percebidos como mais dolorosos). Este fenómeno de ampliação da dor, que ocorre em todas as pessoas, é exagerado nos pacientes com fibromialgia, comparativamente a grupo de controlo

(Staud, Vierck, Cannon, Mauderli, & Price, 2001). Em adição à sensibilidade ao estímulo de pressão, os indivíduos com fibromialgia também parecem apresentar um limiar diminuído relativamente ao calor (Geisser et al., 2003; Petzke, Clauw, Ambrose, Khine, & Gracely, 2003), consistente com aumento central no processamento da dor. Ainda, a investigação de Geisser et al. (2008) que avaliou o limiar de pressão e o limiar auditivo numa amostra com fibromialgia, verificou limiares baixos a ambos os tipos de estímulos sensoriais, sendo a variância partilhada entre os dois tipos de estímulos suficientemente elevada para sugerir uma possível diminuição generalizada no limiar nociceptivo.

Auto-percepção do estado de saúde: Especificidades da fibromialgia

A grande maioria dos estudos de comparação entre a síndrome de fibromialgia e outras doenças reumáticas, também caracterizadas por aspectos como dor e fadiga, encontram níveis significativamente inferiores de percepção do estado de saúde no grupo com fibromialgia.

A revisão de literatura efectuada por Hoffman e Dukes (2008), incluindo 37 estudos em diferentes países, sobre a auto-percepção do estado de saúde de pessoas com fibromialgia, encontrou um padrão notavelmente consistente de maior incapacidade reportada nesta população, sendo significativamente mais deficitária que a população geral em todos os domínios de saúde avaliados e apresentando um pior estado de saúde global que amostras com outras condições dolorosas. Em comparação com a artrite reumatóide, o grupo com fibromialgia tende a apresentar níveis de qualidade de vida associada à saúde inferiores em todas ou quase todas as escalas avaliadas pelo Questionário de Percepção do Estado de Saúde (SF-36) (Besteiro, 2008; Oliveira et al., 2009; Strombeck, Ekdahl, Manthorp, Wikstrom, & Jacobsson, 2000; Walker et al., 1997c), mesmo quando controlando a depressão comórbida (Tander et al., 2008). Birtane, Uzunca, Tastekin e Tuna (2007), verificando que a dimensão mental da qualidade de vida associada à saúde foi mais severamente afectada nos pacientes com fibromialgia, realçam que o impacto severo da fibromialgia em todos os aspectos do estado de saúde é contrastante com o impacto das síndromes de dor regional crónica

que, sendo elevado na função física e na dor, é normalmente muito mais reduzido em aspectos como a saúde geral, vitalidade e saúde mental.

Relativamente à percepção de dor, tendem a verificar-se níveis significativamente superiores na fibromialgia (Oliveira et al., 2009; Quartilho, 1998; Walker et al., 1997c) e, numa investigação em que a intensidade da dor foi duas vezes superior à do grupo com artrite reumatóide, continuamente ao longo de três semanas, esta intensidade não diminuiu significativamente ao longo do tratamento, ao contrário do verificado na artrite reumatóide (Viitanen, Kautiainen, & Isomaki, 1993). Num estudo em que a avaliação da dor foi efectuada através da escolha de descritores de dor, de tipo sensorial e/ou afectivo, comparando pacientes com fibromialgia, osteoartrite e dor lombar crónica (Marques, Rhoden, Siqueira, & João, 2001), o grupo com fibromialgia reportou dor mais intensa, caracterizando-se, sobretudo, pela escolha de descritores de dor de tipo afectivo, apresentando assim uma elevada dimensão afectiva da sua dor. Por fim, é de realçar que num estudo de comparação da qualidade de vida associada à saúde entre várias condições crónicas não exclusivamente dolorosas (Schlenk et al., 1998), incluindo a síndrome de fibromialgia, incontinência urinária, cancro da próstata, doença pulmonar obstrutiva crónica, síndrome de deficiência de imunidade adquirida e hiperlipidemia, os doentes com fibromialgia obtiveram os piores valores na dor corporal e vitalidade.

O grande impacto da fibromialgia nas diferentes dimensões da qualidade de vida e a grande incapacidade causada podem ser explicados por um conjunto de aspectos associados a esta síndrome. Segundo Linares et al. (2008), o facto de se tratar de uma síndrome integrada nos sintomas medicamente inexplicados, cuja etiologia é ainda desconhecida e sem aceitação generalizada entre a própria comunidade médica, conduz a uma maior perturbação, o que pode ser ilustrado pelo facto de a ansiedade baixar para níveis normais após a obtenção de um diagnóstico, que dá aos próprios pacientes a certeza de que os seus sintomas são reais.

As percepções subjectivas dos pacientes com fibromialgia, relativamente à sua vivência com a síndrome são melhor captadas por estudos de metodologia qualitativa, nomeadamente de análise de conteúdo da narrativa, através da qual a experiência da doença e do seu impacto são descritos de forma mais detalhada. No âmbito deste tipo de

estudos, Lempp, Hatch, Carville e Choy (2009) concluíram que os seguintes aspectos podem constituir a razão da experiência tão negativa apresentada pelos pacientes com fibromialgia: o facto do termo “síndrome” refletir um conjunto de sintomas vegetativos e funcionais que estes pacientes muitas vezes apresentam, para além da dor, incluindo perturbação do sono, fadiga, rigidez matinal, síndrome do intestino irritável e enxaqueca; o facto de não existir um tratamento eficaz que abranja todos os sintomas, nem consenso sobre a melhor forma de a gerir, com recomendações de tratamento que variam desde tratamento paliativo dos sintomas a abordagem multi-modal; o longo percurso de passagem por diferentes profissionais de saúde até à obtenção do diagnóstico. Madden e Sim (2006) verificaram que embora a obtenção do diagnóstico de fibromialgia tenha sido inicialmente considerada uma experiência positiva e de validação da queixa dos indivíduos, torna-se insatisfatória ao longo do tempo e imbuída de incerteza, devido aos seguintes aspectos: não explicita aspectos relativos à origem, patogénese e gestão da síndrome; não oferece à experiência de doença o significado desejado; não funciona como uma explicação social na esfera pública nem desencadeia o apoio acrescido, desejado, por parte dos profissionais de saúde e dos outros significativos; como tal, é considerado pelos pacientes um diagnóstico “vazio”, que não cumpre as expectativas antecipadas.

As atitudes de descrença e desconfiança, explícitas ou implícitas, atribuídas à população em geral e aos profissionais de saúde, são um factor preponderante do sofrimento dos pacientes com fibromialgia (Hallberg & Carlsson, 1998); o facto de não ser aceite pelos outros significativos como uma doença “apropriada” contribui para a experiência de discriminação e estigmatização, forçando os pacientes a um equilíbrio difícil entre a sua tentativa quotidiana de lidar com a síndrome e a frustração de tentar prová-la aos profissionais de saúde, com a frequente ausência de alterações físicas objectivas. Os pacientes consideram vivenciar estigmatização, consistindo a mesma no questionamento da veracidade e precisão da sua descrição dos sintomas e na psicologização desses mesmos sintomas (Asbring & Narvanen, 2002).

É igualmente vivenciado pelos pacientes o conflito entre a aparência física, muitas vezes positiva e, a baixa capacidade, que conduz a perguntas de incredulidade dos outros relativamente à sua vivência de dor (Cunningham & Jillings, 2006), levando-os a verbalizar que se muitas doenças têm sintomas aparentemente invisíveis, os

sintomas da fibromialgia são também clinicamente invisíveis. Esta discrepância entre a invisibilidade da síndrome e a sua intrusividade, que traz dificuldades sociais adicionais aos pacientes, é apresentada por muitos como uma discrepância entre a sua aparência externa e a fragilidade interna.

Também a imprevisibilidade dos sintomas e elevada variabilidade tem um elevado impacto psicológico e emocional (Cunningham & Jillings, 2006), por conduzir muitas vezes à incapacidade de fazer planos e concretizá-los, nomeadamente no âmbito da vida familiar e social, que assim é percebida como muito perturbada (Asbring, 2001). No que respeita à capacidade profissional, o “*coping* com sintomas flutuantes” é um dos temas identificados nas narrativas de pacientes com fibromialgia, enquanto dificuldade sentida (Sallinen, Kukkurainen, Peltokallio, & Mikelsson, 2010). Assim, o tema “perda de identidade”, ligado a uma sensação de isolamento, atravessa as narrativas sobre a experiência da fibromialgia: isolamento face aos profissionais de saúde, a quem sentem ter de convencer sobre a veracidade da sua condição clínica e, isolamento face aos amigos e familiares, devido à imprevisibilidade dos seus sintomas (Rhodam, Rance, & Blake, 2010).

Por fim, outros aspectos que podem contribuir para a insatisfação e baixa qualidade de vida verificada na maior parte dos estudos com pacientes com fibromialgia dizem respeito aos problemas de discordância entre paciente e profissional de saúde e, ainda, ao baixo prestígio atribuído a esta síndrome pela comunidade médica. Hidding et al. (1994) verificaram que a discrepância entre o auto-relato e as observações clínicas relativamente ao grau de incapacidade funcional era significativamente superior no caso dos doentes com fibromialgia, comparativamente a doentes com espondilite anquilosante e artrite reumatóide, sendo que os pacientes assinalavam significativamente maior disfunção que a que era atribuída pelos terapeutas ocupacionais. Walker, Katon, Keegan, Gardner e Sullivan (1997a), num estudo sobre os preditores da frustração dos médicos no cuidado de pacientes com queixas reumáticas, verificaram que a presença de fibromialgia foi um dos aspectos preditores incluídos. Album e Westin (2008), numa avaliação em amostras de médicos e estudantes de medicina relativa à hierarquia de prestígio atribuído a diferentes doenças e especialidades médicas, identificaram que a síndrome de fibromialgia se encontrava entre as posições mais baixas desta hierarquia. Segundo os autores, esta classificação

está associada ao facto da fibromialgia não possuir uma localização corporal específica e ter procedimentos de tratamento menos visíveis, comparativamente às patologias consideradas mais prestigiadas. Os autores realçam ainda que as características dos pacientes típicos que têm as diferentes doenças parecem desempenhar um papel nesta atribuição de prestígio e, no caso da fibromialgia, o facto da doente típica ser uma mulher, assim como o sofrimento e impotência que o paciente transmite ao médico na sua queixa, podem estar entre os factores envolvidos.

Bernardes (2012), no âmbito de um modelo conceptual sobre as assimetrias de género na avaliação e tratamento da dor, refere a existência de evidências empíricas sobre o facto de a presença destas assimetrias, em detrimento da mulher, ser mais provável e saliente quando o profissional de saúde é do sexo masculino e, ainda, que a ausência de evidência de patologia parece ter o potencial para aumentar a probabilidade destas assimetrias. Desta forma, compreende-se que a paciente com fibromialgia tenha elevada probabilidade de se sentir incompreendida na expressão da sua dor e de ser alvo de enviesamento no julgamento efectuado pelos profissionais de saúde.

Em suma, todos estes aspectos parecem indicar que o carácter difuso desta síndrome, implicando maiores dificuldades de identificação e, conseqüentemente, de controlo, conduz a um fracasso no manejo da fibromialgia que se exprime na baixa percepção de eficácia do tratamento e baixa qualidade de vida tendencialmente reportadas pelos pacientes.

Aspectos psicológicos e fibromialgia

Relativamente aos aspectos psicológicos concomitantes com a síndrome da fibromialgia, na medida em que o seu papel específico permanece por esclarecer, existe uma vasta literatura, centrando-se nas comorbilidades psiquiátricas nesta população. Assim, sendo, nesta secção efectuamos uma abordagem mais generalizada a estes aspectos psicológicos concomitantes, antes de nos debruçarmos sobre os aspectos específicos que constituem o cerne do presente estudo. A maior parte das investigações apresenta uma comorbilidade psiquiátrica ao longo da vida substancial nos indivíduos com fibromialgia. Especificamente, referem-se piores resultados em diferentes variáveis psicológicas, comparativamente a doenças reumáticas clinicamente explicadas como a

artrite reumatóide (Arnold et al., 2006; Branco, 1997; Oliveira, 2008; Quartilho, 1999; Salaffi et al., 2009; Wolfe, 2009); considerável prevalência de perturbações clínicas e perturbações da personalidade definidas no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais- DSM-IV-R da Associação Americana de Psiquiatria (2000), destacando-se a perturbação depressiva *major*, fobia específica, perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade e perturbação evitante da personalidade (Uguz et al., 2010). As perturbações do humor e de ansiedade são apresentadas como as mais prevalentes, em níveis muito superiores aos da população geral (Rose et al., 2009) e contribuindo para maior grau de incapacidade e piores sintomas físicos (Revello et al., 2009).

No entanto, Williams e Clauw (2009) afirmam que, sendo evidente que os próprios clínicos associam a síndrome de fibromialgia a pacientes do sexo feminino com elevado nível de perturbação psicológica, há que questionar esta evidência, ponderando a questão de um viés de amostragem. Segundo os autores, uma parte substancial desta associação é artificial, pois apenas reflecte o facto de a maior parte dos estudos neste âmbito serem realizados com amostras clínicas, em cuidados de saúde terciários, onde existem taxas mais elevadas de comorbilidades psiquiátricas que nas amostras de base comunitária.

Através das pontuações no *Multidimensional Pain Inventory* (MPI), Thieme, Turk e Flor (2004) dividiram os pacientes de uma amostra com fibromialgia nos três subgrupos do sistema classificatório dos doentes com dor crónica desenvolvido por Turk e Rudy (1988): *dysfunctional* (disfuncionais, caracterizados por severidade e interferência da dor mais elevadas, elevado medo e sofrimento afectivo e actividade mais reduzida), *interpersonally distressed* (mal-estar interpessoal, caracterizados por suporte social percebido mais reduzido) e *minimizers/adaptive copers* (adaptativos, caracterizados por menor severidade e interferência da dor e menor sofrimento afectivo). Diagnósticos de perturbação da personalidade definidos pela DSM-IV estavam presentes em apenas 8.7% dos doentes. Relativamente a diagnósticos clínicos, estavam presentes em 74.8% dos pacientes, com o subgrupo disfuncional reportando sobretudo ansiedade e o grupo de mal-estar interpessoal reportando sobretudo perturbações do humor, sendo que o grupo adaptativo apresentou pouca comorbilidade. Estes resultados sugeriram que a fibromialgia não é um diagnóstico homogéneo,

apresentando diferente prevalência de ansiedade e depressão comórbida, dependente das características psicossociais dos pacientes. Neste sentido, a investigação centrada em identificar subgrupos em amostras com fibromialgia tem sido sugestiva de heterogeneidade, existindo diferenças entre os pacientes num contínuo de severidade da incapacidade física e mal-estar psicológico. Os resultados a este nível vão desde a existência de quatro *clusters*, variando entre elevada severidade em três domínios de sintomas (musculoesqueléticos, não musculoesqueléticos e cognitivo/psicológicos, incluindo depressão e ansiedade) a ausência de elevação em qualquer deles (Wilson, Robinson, & Turk, 2009); existência de dois perfis, um caracterizado por elevados níveis de sintomas de dor, fadiga, cansaço matinal, rigidez, ansiedade e depressão e outro com níveis significativamente mais baixos (Souza et al., 2008); respeitante ao funcionamento psicológico, distinção entre dois grupos, com e sem disfunção psicológica, sem diferenças ao nível da componente física e da dor, baixos em ambos (Oswald, Salemi, Michel, & Sprott, 2008). Gieseck et al. (2003) procuraram diferenciar pacientes com fibromialgia através da conjugação entre aspectos psicológicos (níveis de depressão e ansiedade), cognitivos (catastrofização e percepção de controlo sobre a dor) e neurobiológicos (hiperalgia/sensibilidade dolorosa); um subgrupo, maioritário, foi caracterizado por pontuações moderadas no humor, catastrofização e controlo e baixos níveis de sensibilidade dolorosa à pressão; um segundo subgrupo apresentou os piores resultados, com níveis significativamente elevados no humor, catastrofização e sensibilidade dolorosa e o valor mais baixo da percepção de controlo sobre a dor. Por último, um subgrupo, minoritário, embora com pontuações normativas nas variáveis psicológicas e cognitivas, apresentou enorme sensibilidade dolorosa. Segundo os autores, esta solução de três grupos confirma a heterogeneidade da fibromialgia, sendo que o primeiro grupo corresponde ao típico paciente com fibromialgia nos cuidados de saúde primários, o segundo, ao paciente dos cuidados de saúde terciários e, o último pode caracterizar a apresentação neurobiológica da fibromialgia sem a predominância de factores psicológicos. Neste sentido, reconhecendo a existência e importância da comorbilidade entre a fibromialgia e perturbações psiquiátricas, a avaliação dos aspectos psicológicos em pacientes com fibromialgia pode ser fundamental para permitir obter uma diferenciação mais racional destes pacientes, assim possibilitando uma melhor intervenção (Buskila & Cohen, 2007).

Modelos sobre dor crónica

Analisando uma abordagem histórica às perspectivas sobre a dor ao longo do tempo (Gatchel, 1999), intrinsecamente ligadas às perspectivas vigentes sobre saúde e doença, verifica-se que a concepção de que podem existir interrelações importantes entre o corpo e a mente que condicionam a saúde física e mental é ancestral. O médico grego Hipócrates (460-375 a.c.) propôs uma das primeiras teorias temperamentais da personalidade, ao estabelecer a hipótese da existência de quatro tipos de fluídos corporais (nomeados “humores”) que seriam responsáveis por tipos específicos de personalidade ou temperamento, assim como por diferentes tipos de doenças físicas ou mentais. Esta teoria dos quatro humores permaneceu bastante popular durante muitos séculos, nos quais se acreditava que os factores psicológicos poderiam ser significativamente associados a doenças e processos corporais. No século XVII, com o advento da medicina física no Renascimento, iniciou-se uma visão de que os processos corporais podem ser explicados por si mesmos, ganhando progressiva preponderância uma abordagem mecanicista ao estudo da anatomia e fisiologia humanas segundo uma visão dualística de que corpo e mente funcionavam separada e independentemente; desta forma, passou a ser considerada pouco científica e rejeitada a ideia de que a mente poderia influenciar o corpo de alguma forma.

Esta abordagem biomédica estendeu-se naturalmente à abordagem da dor, definida por Descartes em 1644 como um tipo específico de actividade no sistema nervoso sensorial, sendo o sistema de dor um canal da pele directamente para o cérebro. Em 1894 foi proposto por Von Frey um modelo mais formal da dor, rotulado de *specificity theory of pain*, considerando que a dor possuía mecanismos específicos centrais e periféricos similares aos das outras sensações corporais. Na mesma época, Goldschneider propôs uma conceptualização alternativa da dor que rotulou de *pattern theory of pain*; as sensações dolorosas eram o resultado da transmissão de padrões de impulsos nervosos produzidos e codificados no local de estimulação periférica, sendo as diferenças na qualidade da sensação causadas por diferenças no padrão e quantidade das descargas destas fibras nervosas periféricas (Gatchel, 1999).

O trabalho inicial de Freud, chamando a atenção para a interacção potencial entre os factores físicos e psicológicos em variadas perturbações, levou a uma maior

aceitação do conceito de “psicogénese” (crença de que os factores psicológicos poderiam afectar de alguma forma os processos físicos) e a um enfraquecimento da abordagem estritamente mecanicista e dualística (Gatchel, 1999). No século XX desenvolveu-se uma aceitação crescente da integração entre factores físicos e psicológicos no âmbito da saúde e doença, num novo campo da medicina nomeado de psicossomática, dominado pelos princípios psicanalíticos; no entanto, deu-se o crescimento da necessidade de uma abordagem mais objectiva e cientificamente validada, conduzindo à abordagem comportamental-cognitiva, que se impôs na década de 1970.

Engel (1977) foi um dos primeiros autores a criticar o que considerava o reducionismo do modelo biomédico, alertando para a necessidade de um modelo biopsicossocial mais completo e abrangente que permitiria compreender plenamente as próprias fronteiras entre saúde e doença, sempre difusas devido às influências culturais, sociais e psicológicas. Segundo ele, as alterações bioquímicas podem determinar certas características das doenças mas não explicam necessariamente o facto da pessoa se sentir doente e aceitar o papel ou estatuto de paciente, em dado momento da vida. Além disso, realça o facto de que um tratamento direccionado apenas para as anomalias bioquímicas, mesmo quando consegue resolvê-las, não devolve necessariamente o paciente à saúde, sendo as variáveis psicológicas e sociais as responsáveis por tal discrepância e eventual fracasso do resultado global do tratamento. Como tal, Engel propõe o desenvolvimento do modelo biopsicossocial, que leve em consideração o paciente no seu todo, o contexto social em que vive e o papel do médico e do sistema de cuidados de saúde a que recorre. Só assim, avaliando todos os factores e não apenas os biológicos, um modelo biopsicossocial poderia explicar porque é que alguns indivíduos apresentam disfunção face a determinadas circunstâncias de vida ou sintomas somáticos, quando outros não o fazem.

Como tal, enquanto o modelo biomédico se centra exclusivamente na doença, o modelo biopsicossocial considera tanto a *disease* (acontecimento biológico objectivo que envolve a disrupção de estruturas corporais ou sistemas orgânicos específicos, causada por mudanças anatómicas, patológicas ou fisiológicas) como a *illness*, que se refere à experiência subjectiva ou auto-atribuição de que uma doença está presente (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs, & Turk, 2007). A illness expressa-se de formas diversas,

ao nível da severidade, duração e consequências para os indivíduos e, esta diversidade é explicada pelas complexas interações de variáveis biológicas, psicológicas e sociais que moldam diferentes vulnerabilidades, percepções e respostas (Turk & Flor, 1999).

O modelo biopsicossocial torna-se premente na medida em que o pressuposto do modelo biomédico aplicado ao estudo da dor, de que existiria uma relação muito significativa ou mesmo isomórfica entre a patologia objectiva e a incapacidade daí resultante, não se verifica. Esta inconsistência é exposta por Turk e Flor (1999):

Dor na ausência de patologia, patologia na ausência de dor, diferenças individuais na resposta a tratamentos idênticos, fracasso de procedimentos neurocirúrgicos e analgésicos potentes em eliminar consistentemente a dor, e a baixa associação entre dano e incapacidade não se conformam a um modelo de dor que presume uma transmissão directa da periferia para as estruturas do sistema nervoso central.

Segundo Gatchel et al. (2007), no âmbito do estudo da dor pode ser feita uma distinção entre nocicepção e dor análoga à distinção entre doença e illness. A nocicepção envolve a estimulação de nervos que transmitem ao cérebro informação sobre potencial dano dos tecidos. Em contraste, a dor é a percepção subjectiva que resulta da transdução, transmissão e modulação da informação sensorial e sofre influência de aspectos genéticos, de aprendizagem, psicológicos e socioculturais.

Loeser (1982, como citado em Gatchel et al., 2007) formulou um modelo que identificou 4 dimensões associadas com o conceito de dor: as dimensões de nocicepção e dor acima referidas, o sofrimento (respostas emocionais que são desencadeadas pela nocicepção ou outro acontecimento aversivo associado a ela) e o *comportamento de dor* (o que as pessoas dizem ou fazem quando estão em situação de dor, tal como, evitar actividades devido a medo de nova lesão), sendo uma forma de comunicação de dor e sofrimento.

A teoria que teve a maior influência na aceitação da existência de uma relação próxima entre os processos psicológicos e fisiológicos e a dor foi a teoria do portão para o controlo da dor, de Melzack e Wall (1965), introduzida para afirmar a dor como um

conjunto complexo de fenómenos e considerando o papel de múltiplos factores, inclusive psicológicos, na sua percepção. Até aí, nenhuma teoria conseguira explicar factos, tais como, o de estímulos não nocivos poderem por vezes produzir dor, a dor poder persistir muito para além da cicatrização dos tecidos, a natureza da dor e por vezes a sua localização poder mudar ao longo do tempo e, sobretudo, a dor ser uma experiência multidimensional (Melzack & Wall, 1996, como citado em Gatchel et al., 2007). Os autores assumiram a existência de um conjunto de estruturas no sistema nervoso central que contribuíssem significativamente para a dor, sendo a interação entre estas a determinar se, e em que medida, um determinado estímulo conduziria à dor. Ao defenderem que a dor não era uma entidade discreta, resultado de uma transmissão directa entre os impulsos da superfície da pele para o cérebro, mas sim fruto de um caminho complexo com considerável oportunidade para interferência de outras sensações, reconheceram o papel potencialmente significativo que a mediação do sistema nervoso central descendente poderia desempenhar na percepção da dor.

Esta teoria, ao admitir a possibilidade da natureza psicológica desta mediação descendente e ao postular os efeitos interactivos de factores somáticos e psicológicos na percepção da dor, contraria a noção dualística da dor como sendo ou somática ou psicogénica. Por exemplo, a relação entre dor e depressão não seria entendida numa perspectiva de causa e efeito, considerando-se que ambas podem evoluir simultaneamente e que qualquer alteração significativa numa delas vai reflectir-se na outra.

Fordyce, em 1976, abre caminho a uma nova abordagem à dor, ao introduzir uma perspectiva comportamental e a descrição do papel dos factores operantes na dor crónica, em marcado contraste com o modelo biomédico (Turk & Flor, 1999). Fordyce refere o conceito de comportamentos de dor, relativo aos comportamentos dos pacientes que indicam a presença de um problema de dor, realçando o facto de que estes comportamentos, tal como qualquer outro, são sujeitos a influência por diversos factores. Segundo o autor, tinha que ser feita uma distinção entre “dor” (i.e., a experiência subjectiva) e comportamento de dor, sendo que os factores psicossociais podem afectar significativamente a sensação de dor e a apresentação subsequente dos comportamentos de dor (Fordyce, 1985). Os comportamentos de dor podem ocorrer sem que a nocicepção esteja presente, devido ao reforço positivo e porque possibilitam o

evitamento de acontecimentos aversivos. Desde o momento em que um problema de dor se inicia e o indivíduo começa a emitir comportamentos de dor (e.g., diminuir o envolvimento nas tarefas, verbalizar a queixa, etc.), há uma vulnerabilidade aos efeitos de aprendizagem/condicionamento, que podem fazer com que o problema de dor persista e se perpetue. A dimensão destes efeitos depende da interacção de vários conjuntos de factores, que incluem: (1) o tempo de persistência de nocicepção a partir do momento da lesão ou dano (sendo que, quando maior, maior o possível impacto do reforço contingente); (2) o grau em que o ambiente da pessoa reforça positivamente os comportamentos de dor, quer directa, quer indirectamente (por conduzir ao evitamento de consequências aversivas); (3) a experiência prévia da pessoa, que dita a antecipação de consequências aversivas ou reforçantes à expressão do comportamento de dor. Para o autor, se o modelo médico de doença era um modelo fechado, considerando que os aspectos relevantes para a dor residiam sobretudo no interior da pessoa, um modelo comportamental pode ser visto como um sistema aberto, em que os eventos críticos para a ocorrência ou não de comportamentos de dor podem residir inteiramente no exterior da pessoa, no ambiente presente ou antecipado e com influência da história de aprendizagem. Como tal, sendo reconhecido que estes aspectos podem ter uma enorme influência na persistência e curso do problema de dor, a avaliação dos problemas de dor crónica requer a consideração dos mesmos, para além de dados físicos, de personalidade, motivacionais e/ou cognitivos.

Melzack (2001), com o intuito de colmatar as limitações atribuídas à teoria do portão para o controlo da dor, nomeadamente no que se refere à explicação da *dor fantasma*, apresenta a teoria da neuromatriz da dor, propondo que a dor é uma experiência multifacetada produzida por padrões de “*neurosignature*” característicos de impulsos nervosos gerados por uma rede neural amplamente distribuída, nomeada neuromatriz *body-self*, que integra componentes cognitivo-avaliativos, sensorio-discriminativos e motivacional-afectivos. A neuromatriz é o mecanismo primário que gera o padrão neural que produz dor, e, sendo geneticamente determinada, é modificada pela experiência sensorial. O aspecto fundamental desta teoria é o reconhecimento de que a dor é a consequência do produto da rede neural, e não uma resposta directa a estímulo sensorial devido a lesão ou dano nos tecidos, inflamação e outras patologias. Como tal, sendo que a neuromatriz *body-self* não requer qualquer estímulo sensorial

para produzir experiências corporais, é identificado que o stress psicológico é um dos factores que pode fazer falhar os padrões de regulação de homeostase, levando a neuromatriz a produzir as condições disfuncionais que dão lugar à dor crónica.

Em conclusão, nesta análise à evolução histórica da abordagem da dor, com ênfase na dor crónica, consideramos relevante terminar com o que é talvez o dado mais significativo nesta evolução. Se no passado havia a tendência para a distinção entre a dor orgânica e a dor psicogénica como tipos diferentes de dor, sendo o termo “psicogénico” utilizado para sugerir que a dor se devia apenas a causas psicológicas e que não tinha existência real, actualmente é aceite que ambas são experienciadas da mesma forma e que esta dicotomia reflecte uma distinção artificial entre corpo e mente (Gatchel, 1999).

Personalidade, saúde e doença

Sendo que o campo de estudo da personalidade corresponde a um dos mais amplos na Psicologia, com perspectivas e modelos variados, fizémos a opção de nos centrarmos nos traços de personalidade e em modelos relativos aos mesmos que, além de serem preponderantes na literatura, podem ser relacionados com a metodologia de avaliação da personalidade utilizada no presente estudo. Paralelamente, tendo em conta a vastidão da literatura sobre personalidade e o tema específico do presente estudo, a revisão de literatura apresentada centra-se nas relações entre a personalidade e a saúde física, excluindo-se os aspectos relativos à relação entre personalidade e saúde mental.

“Os *traços da personalidade* são padrões estáveis de compreensão, relação e pensamento acerca do meio envolvente e de si próprio, que se exprimem numa gama variada de contextos de natureza social e pessoal” (Associação Americana de Psiquiatria, 2000). Numa perspectiva mais qualitativa e integrativa, McAdams (1996) considera que a descrição da personalidade compreende três níveis, sendo o primeiro nível correspondente aos traços de personalidade, o segundo, a um conjunto de constructos motivacionais e o terceiro, à história de vida internalizada. Segundo Hagger (2009), a personalidade pode ser definida como um conjunto de traços relativamente estáveis, constructos psicológicos universais que variam entre indivíduos, com um nível de hereditariedade relativamente elevado e tendendo a enviesar a cognição e o

comportamento numa variedade de domínios. Segundo o autor, o interesse pela investigação da personalidade não se relaciona com uma visão unidimensional e reducionista de que os traços são os únicos deterministas de acções e comportamento, mas sim com uma perspectiva de enquadramento da forma como os traços enviesam as acções e interagem com factores cognitivos, ambientais e situacionais para conduzir a determinado comportamento. A personalidade, enquanto padrão biopsicossocial de reacções e comportamentos, parcialmente biológica mas desenvolvida num ambiente familiar e cultural, é um conceito útil para abordar a forma como as características individuais afectam a saúde e doença (Kern & Fiedman, 2011).

Existe um considerável consenso de que a estrutura da personalidade pode ser conceptualizada de uma forma hierárquica, com um conjunto de traços globais no topo da hierarquia e traços mais especializados abaixo. Segundo Bouchard e Loehlin (2001), três modelos relativos à organização dos traços têm-se salientado ao longo dos anos, sendo que investigação tem demonstrado que apesar de certas diferenças conceptuais importantes, existem fortes comunicações entre eles: o modelo de três traços globais de Eysenck e Eysenck (1985), constituído por Extroversão, Neuroticismo e Psicoticismo e operacionalizado através do questionário EPQ-R; o modelo dos cinco factores de Costa & McCrae (1985), constituído por Extroversão (E), Neuroticismo (N), Amabilidade (A), Conscienciosidade (C) e Abertura à experiência (O), operacionalizado através do NEO-PI; o modelo de três factores de Tellegen (1985), com Emocionalidade positiva, Constrangimento e Emocionalidade negativa, operacionalizado através do MPQ. As dimensões Neuroticismo e Extroversão, com esta nomenclatura ou semelhante, constituem-se como os dois principais factores nos diferentes modelos, sendo já longamente reconhecidos como os *Big Two* e havendo relativo consenso sobre a sua existência (Wiggins, 1968, como citado em Costa & McCrae, 1992).

Na Figura 2, apresentamos o padrão de relação das dimensões do NEO-PI com as dimensões do EPQ (Draycott & Kline, 1995) e com as dimensões do MPQ (Church, 1994).

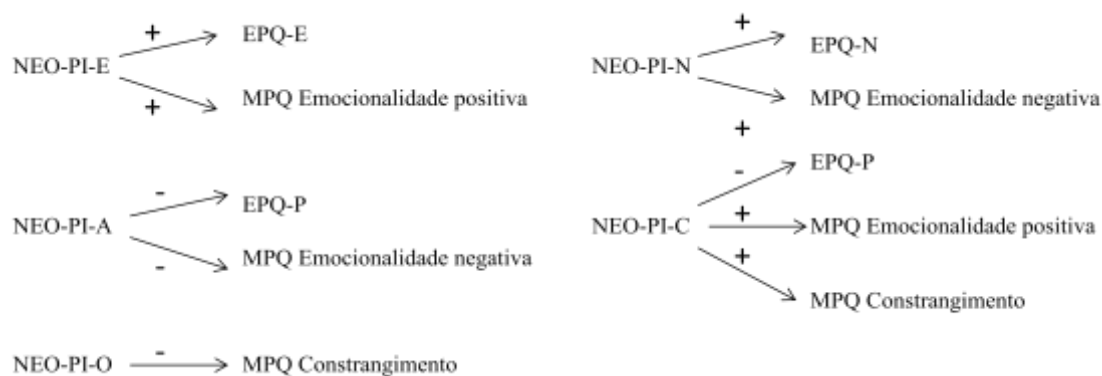


Figura 2. Padrão de correlação das dimensões do NEO-PI com as dimensões do EPQ e do MPQ.

Nota. + = correlação positiva; - = correlação negativa.

Personalidade preditora de saúde. Numa abordagem à relação entre personalidade e saúde, de forma abrangente, Kern e Friedman (2011) apontam que a ligação entre personalidade e saúde envolve vias causais e não causais a ter em conta. As vias causais incluem: 1. Comportamentos e hábitos de saúde- neste âmbito, o modelo do comportamento de saúde sugere que os traços de personalidade estão associados a hábitos mais ou menos saudáveis, os quais, por sua vez, poderiam mediar associações entre personalidade e saúde. Este efeito da personalidade poderia ser consistente ao longo do tempo e das situações, ou, a personalidade poderia moderar a medida em que os comportamentos de saúde se alteram em resposta ao stress (Smith, 2006). 2. Aspectos psicofisiológicos de resposta ao stress- o modelo de moderação do stress interaccional sugere que a personalidade influencia tanto a avaliação das circunstâncias potencialmente stressantes como as respostas de coping, as quais, por sua vez, alteram os processos fisiológicos envolvidos na etiologia da doença. Desta forma, a personalidade modera as respostas fisiológicas aos stressores de uma forma que influencia a probabilidade de doença subsequente. 3. Tipo de relações sociais e selecção e evocação de situações- o modelo de moderação do stress transaccional sugere que a personalidade também influencia a exposição às circunstâncias stressantes, através de decisões de envolver-se ou evitar situações e das respostas que evoca nos outros; desta forma, as características de personalidade podem aumentar ou diminuir a frequência,

severidade e duração de circunstâncias stressantes, assim como a disponibilidade de recursos redutores do stress (e.g., suporte social). Os efeitos fisiológicos de diferentes níveis de exposição ao stress poderiam contribuir para os efeitos da personalidade na saúde (Smith, 2006).

As ligações importantes mas não causais incluem o papel da genética, sendo que o modelo de predisposição constitucional sugere que factores genéticos ou constitucionais subjacentes influenciam o comportamento social, traços emocionais e outros indicadores de personalidade, assim como outros processos patofisiológicos no desenvolvimento da doença. Nesta visão, a personalidade e a doença são ambas efeitos de uma terceira variável subjacente, como o temperamento ou responsividade psicobiológica (Smith, 2006).

Friedman e Booth-Kewley (1987) efectuaram uma revisão meta-analítica de estudos sobre os correlatos de personalidade num conjunto de cinco doenças com componentes denominadas “psicossomáticas” (asma, artrite, úlcera, doença coronária e enxaqueca), com o objectivo de verificar se havia evidência suficiente para confirmar uma ligação directa e particular entre traços específicos e o desenvolvimento destas doenças particulares. Os autores concluíram que não existia evidência que permitisse apoiar a validade do constructo de personalidade propensa a cada uma das doenças específicas, uma vez que não se verificou, de forma consistente, uma ligação única e directa entre um determinado traço e uma única doença específica. Ao invés, os resultados apontaram para a existência de uma propensão genérica de personalidade, na qual uma emocionalidade negativa crónica, especialmente caracterizada por elevada hostilidade e depressão, aumentaria o risco de doença em geral, suportando assim a existência de uma “personalidade propensa à doença” de forma mais genérica. Esta ideia é também apoiada por resultados de investigação que indicam semelhanças entre pacientes de diferentes patologias no respeitante a valores elevados de neuroticismo. Assim, a investigação neste âmbito afastou-se da procura de associações entre preditores únicos e resultados únicos de doença; passou a existir atenção simultânea a múltiplos preditores e múltiplos resultados, verificando-se que tipos similares de diferenças individuais, expressos em diferenças de personalidade, eram simultaneamente relevantes para um vasto conjunto de resultados de saúde (Friedman, 2008).

O modelo dos cinco factores da personalidade. Actualmente, a investigação sobre personalidade e saúde está crescentemente dominada pelo modelo dos cinco factores (Kern & Friedman, 2011), sendo considerado que estes factores têm maior relação com medidas subjectivas de saúde e bem-estar do que com medidas objectivas (Korotkov & Hannah, 2004).

Neste enquadramento, o neuroticismo tem tido especial relevância. A literatura tem identificado uma forte relação positiva entre neuroticismo e sintomas somáticos, ansiedade e depressão (Hamid, 2004), menor auto-percepção de saúde global, comportamentos de saúde e relato de sintomas actuais e retrospectivos (Williams, O'Brien, & Colder, 2004). Segundo Goodwin, Cox e Clara (2006), embora muita da associação encontrada entre o neuroticismo e um vasto conjunto de problemas de saúde pareça ser parcialmente mediada por perturbações mentais comórbidas, a associação entre neuroticismo e doenças como artrite, diabetes e úlcera permanece após controlar as diferenças nestas perturbações mentais. Relativamente ao risco de mortalidade, Wilson et al. (2005) verificaram que o baixo neuroticismo foi associado a um risco reduzido de mortalidade numa vasta amostra de participantes com idade igual ou superior a 65 anos, após ajustamento para os diagnósticos clínicos e outras variáveis associadas com a saúde.

No âmbito de estudos prospectivos, Shipley, Weiss, Der, Taylor & Deary (2007) identificaram que após controlar vários factores de risco, o neuroticismo foi significativamente relacionado com risco de morte por doença cardiovascular e Charles, Geitz, Kato & Petersen (2008), numa extensa investigação com pares de gémeos, que o neuroticismo foi preditor de um vasto conjunto de problemas de saúde física, 25 anos após a avaliação da personalidade. Lahey, numa revisão de literatura efectuada em 2009, refere que é provável a associação do neuroticismo à comorbilidade entre problemas de saúde física e mental, na medida em que ele é associado tanto a problemas de saúde mental como de saúde física.

Muitos estudos, embora identificando uma associação entre neuroticismo mais elevado e mais queixas físicas em variados sistemas corporais (Costa & McCrae, 1987) e menor bem-estar subjectivo e percepção de saúde em diferentes fases da vida (Friedman, Kern, & Reynolds, 2010; Hudek-Knezevic & Kardum, 2009; Williams,

2004), identificam-no como muito menos preditivo da saúde física objectiva e da mortalidade (Costa & McCrae, 1987; Friedman, 2000; Friedman, Kern, & Reynolds 2010). Costa e McCrae sugerem que o reportar aumentado de sintomas pode constituir-se como um viés na forma de perceber e reportar experiências fisiológicas, condicionado pelo neuroticismo, sendo referido por Lahey (2009) que as pessoas com elevado neuroticismo têm maior probabilidade de apresentar queixas somáticas sem evidência médica e de ter pensamentos catastróficos sobre sintomas, que os conduzem aos serviços de saúde.

Segundo Friedman et al. (2010), certos indivíduos com elevado neuroticismo, ansiedade e especialmente preocupados e atentos à sua saúde, embora possam reportar menor bem-estar, têm efectivamente melhor saúde física e longevidade, distinguindo-se de um outro padrão neurótico de instabilidade emocional, pessimismo e estilo interpessoal hostil, que pode realmente conduzir a comportamentos não saudáveis e a resultados de saúde negativos (Friedman, 2000). Assim, a inconsistência dos resultados sobre o neuroticismo poderia ser melhor explicada pela identificação da sua combinação com outros traços de personalidade.

Watson e Pennebaker (1989) referem o constructo “afecto negativo” como uma dimensão geral de mal-estar subjectivo que engloba um vasto conjunto de estados de humor aversivos, incluindo ira, culpa e depressão; quando medida enquanto traço, tem grande proximidade com conceito de neuroticismo do modelo dos cinco factores da personalidade. O afecto negativo seria um traço geral de mal-estar “somatopsíquico”, associado de forma muito elevada a um vasto conjunto de queixas subjectivas e de stress percebido, por reflectirem um constructo subjacente comum, sendo muito menos consistente a sua relação com o estado de saúde objectivo e de longo prazo.

Relativamente aos outros factores de personalidade, a extroversão elevada tem sido negativamente correlacionada com sintomas somáticos, ansiedade e depressão (Hamid, 2004) e positivamente associada a risco reduzido de mortalidade (Wilson et al., 2005). A abertura à experiência e a amabilidade têm sido associadas a melhores resultados de saúde subjectivos (Hudek-Knezevic & Kardum, 2009), embora no estudo de Friedman e colaboradores (2010), com idosos, isto se tenha verificado apenas no sexo masculino, levando os autores a hipotetizar que as mulheres com elevada amabilidade, que colocam as suas necessidades em segundo plano em prol dos outros,

podem ser prejudicadas na sua saúde. A conscienciosidade tem sido associada a melhores resultados de saúde objectiva, bem-estar subjectivo e mortalidade (Friedman, 2000; Friedman et al., 2010).

Perturbação da personalidade e saúde. Entrando no âmbito da psicopatologia, nomeadamente das perturbações da personalidade, começamos por definir que “existe uma Perturbação da Personalidade quando os traços da personalidade são inflexíveis e desadaptativos, causando incapacidade funcional significativa ou sofrimento subjectivo. Este padrão de traços e comportamentos que constituem uma Perturbação da Personalidade deve ser reconhecido até ao início da idade adulta e ser aparente em quase todos os aspectos da vida do indivíduo.” (Associação Americana de Psiquiatria, 2000).

Numa vasta amostra de base epidemiológica, com avaliação em dois momentos, verificou-se que a presença de perturbação da personalidade foi significativamente preditora de pior funcionamento físico, limitações funcionais, dor e fadiga em ambos os momentos, mesmo após controlo da presença de problemas de saúde actuais, depressão e comportamentos prejudiciais à saúde (Powers & Oltmanns, 2012). Como tal, os autores consideraram que a perturbação da personalidade pode ser um importante factor de risco para pior funcionamento, independentemente do estado de saúde actual. Jackson e Burgess (2002), num estudo com uma vasta amostra comunitária, verificaram que a existência de perturbação da personalidade em conjugação com doença física estava associada a disfuncionalidade significativamente superior, em comparação com a existência de doença física sem perturbação de personalidade concomitante, tendo a perturbação da personalidade maior impacto na disfuncionalidade. Num grupo heterogéneo de doença crónica, Benight et al. (2002) verificaram que a existência de perturbação da personalidade é relacionada com pior saúde física e mental auto-percebida e pior avaliação independente e objectiva dos médicos relativamente a estes pacientes.

MMPI/MMPI-2 na saúde e doença. Por fim, abordamos separadamente as investigações sobre a personalidade, no âmbito da saúde e doença, que utilizam o

Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) e a sua versão posterior, MMPI-2 (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen, & Kaemmer, 1989), por ser o instrumento utilizado no nosso estudo.

Numa abordagem generalista, verifica-se que a maior parte da literatura se refere à doença coronária. Segundo a revisão de literatura de Arbisi (2004), as escalas de hostilidade, ira, tipo A, depressão e domínio têm sido amplamente associadas ao desenvolvimento de doença coronária. A ira elevada revelou-se associada a um aumento entre duas a três vezes superior do risco de desenvolver doença coronária e angina pectoris, em média, sete anos após a administração do MMPI, numa vasta amostra masculina (Kawachi, 1996, como citado em Arbisi, 2004), sendo que a relação permaneceu significativa após ajustamento para factores de risco como consumo tabágico. A hostilidade foi prospectivamente associada a aumento de risco de doença coronária e mortalidade global em grupos profissionais variados, idosos e jovens (Barefoot, 1983; Barefoot, 1989, como citado em Arbisi, 2004). Elevada hostilidade dos indivíduos ainda juventude ou um aumento nas pontuações de hostilidade da juventude para a meia-idade foram preditoras da presença de factores de risco relacionados com a saúde, como obesidade e dieta rica em gorduras (Siegler, 2003). No entanto, no âmbito de uma investigação prospectiva ao longo de 30 anos com uma amostra masculina, que verificou que as pontuações na hostilidade não foram preditoras de doença coronária, os autores lançam a hipótese de que a significância prognóstica desta escala se torne evidente apenas em grupos com pontuações médias elevadas, o que não aconteceu na sua amostra (Leon, Finn, Murray, & Bailey, 1988).

Para investigar a possível existência de um padrão de personalidade associado à doença de Parkinson, Jiménez-Jiménez, Santos, Zancada e Molina (1992) avaliaram a personalidade de um grupo de mulheres e homens com doença de Parkinson, em comparação com grupo de controlo. As mulheres com Parkinson obtiveram pontuações significativamente superiores nas escalas clínicas hipocondria, depressão, histeria e introversão social, sendo que os homens doentes não diferiram significativamente dos do grupo de controlo. Os autores defendem que os resultados apoiam a possível existência de um padrão de personalidade pré-mórbido associado à doença de Parkinson, pelo menos nas mulheres.

Malinchoc, Rocca, Colligan, Offord e Kokmen (1997) compararam um grupo com Alzheimer com um grupo de controlo, com uma distância temporal de aproximadamente 13 anos entre a avaliação da personalidade e o surgimento da doença. Os casos de Alzheimer tiveram pontuações significativamente superiores aos valores de referência do MMPI na introversão social, o que não se verificou com o grupo de controlo, levando os autores a considerar que uma pontuação elevada nesta escala pode constituir um factor de risco para esta doença.

Lamin (1997), dividindo um grupo de veteranos da guerra do Vietname em indivíduos com úlcera péptica, com hipertensão e saudáveis, verificou que o grupo com úlcera péptica pontuou de forma significativamente mais elevada que os outros dois grupos nas escalas clínicas hipocondria, depressão e psicastenia e teve valores significativamente mais baixos na escala força do ego.

Por fim, é importante estabelecer a possibilidade de relação inversa entre personalidade e saúde, relativamente à perspectiva até aqui apresentada. Kern e Friedman (2011) referem a existência de alterações na personalidade provocadas pela doença e/ou pela medicação, normalmente subvalorizadas. Os autores realçam que muitas vezes surgem alterações subtis, anos antes de uma doença se apresentar na forma clínica, fazendo parecer que a personalidade teve um papel causal, quando na realidade foi o declínio da saúde a provocar as alterações de personalidade, de forma insidiosa. Como tal, é importante considerar esta influência potencial, levando em conta que para além dos efeitos perniciosos que a sintomatologia da doença pode ter na personalidade, ao longo do tempo, até as reacções sociais a um diagnóstico de doença podem precipitar alterações na personalidade, por sua vez alterando o percurso de vida da pessoa (Friedman, 2008).

Personalidade e dor crónica

Abordagens conceptuais. Relativamente à relação entre aspectos psicológicos e experiência de dor, as teorias existentes podem ser agrupadas em três categorias básicas: teorias psicodinâmicas, teorias dos traços e teorias biopsicossociais (Weisberg & Keefe, 1999).

As teorias psicodinâmicas postulam que conflitos profundos e não resolvidos de personalidade podem servir como base para a dor persistente, ou, prejudicar a sua gestão. Freud conceptualizou a dor persistente como uma resposta afectiva ou emocional a uma perda ou dano, postulando a noção de “conversão”, processo através do qual a dor emocional seria “convertida” e expressa através de mecanismos físicos em indivíduos cujas características de personalidade não permitiam a expressão da dor emocional através de sintomas emocionais. Engel (1959) postulou a existência do *pain-prone patient*, defendendo que a dor persistente, embora possa ter uma base patofisiológica, é uma experiência psicológica que pode servir várias funções importantes, como absolvição da culpa, deslocar a atenção de sentimentos agressivos ou hostis, substituição de uma perda e prolongamento de um papel de vitimização. Paralelamente, aponta o facto de certos diagnósticos psiquiátricos serem muito comuns nestes pacientes, constituindo o quadro de propensão para a dor.

As teorias dos traços postulam que os traços de personalidade podem ter uma forte influência na forma como a pessoa responde ao surgimento, persistência e tratamento da dor. Autores como Sternbach (1974, como citado em Weisberg & Keefe, 1999) acentuam a possibilidade de factores como o neuroticismo predispor os indivíduos para a dor crónica, num ciclo em que a experiência da dor pode também, por sua vez, predispor para o neuroticismo e preocupações hipocondríacas. Incorporando e desenvolvendo o trabalho de Engel, Blumer e Heilbronn (1981) definem traços que predispoem os indivíduos para a dor crónica e incapacidade, utilizando o termo “egomania” para caracterizar doentes com uma visão idealizada do seu papel e da sua prestação a variados níveis; estes doentes teriam um estilo de vida e de trabalho super-activo para compensar a insegurança e culpa sentidas e, o surgimento da dor vem desestruturar este padrão, causando a inadaptação do indivíduo.

No âmbito dos modelos biopsicossociais, um contributo fundamental é o do modelo da diátese-stress, que foi proposto como uma explicação para o facto de certos indivíduos desenvolverem perturbação de dor crónica, enquanto outros não a desenvolvem (Flor & Turk, 1984; Turk & Flor, 1984, como citado em Weisberg & Kleefe, 1999). De acordo com este modelo, as perturbações de dor crónica são uma função da interacção entre as disposições biológicas e psicológicas pré-mórbidas do indivíduo (diátese), nas quais se incluem as forças e vulnerabilidades da personalidade

e, os desafios ou stressores (stress) que ele encara como resultado da incapacidade física, aqui se incluindo as alterações bioquímicas e nociceptivas que ocorrem no surgimento da perturbação dolorosa. No âmbito do modelo de diátese-stress, Gatchel (1996, como citado em Gatchel, 2004) desenvolveu o modelo conceptual de três estádios para explicação do processo de transição da dor aguda para a dor crónica e mal-estar psicossocial que a acompanha. Segundo este modelo, à medida que a dor se torna crescentemente crónica, os pacientes atravessam mudanças psicológicas significativas, acrescentando à experiência de dor original um conjunto de problemas psicológicos e comportamentais. No primeiro estágio incluem-se reacções emocionais normativas como medo, ansiedade e preocupação, resultantes da percepção da dor durante a fase aguda. Se a dor persiste para além do que é normal para a dor aguda (2-4 meses), o paciente inicia o segundo estágio, que é associado a reacções psicológicas mais intensas e problemáticas, tais como desespero aprendido, raiva e somatização, consequência do sofrimento com a cronicidade da dor. É neste estágio que as características de personalidade pré-mórbidas têm um papel fundamental, assim como factores sócio-económicos e outras condições ambientais. Este modelo não pressupõe a pré-existência de uma personalidade específica propensa à dor, mas sim uma relação não específica geral entre personalidade, problemas psicossociais e dor. Este estágio do modelo reflecte a perspectiva de diátese-stress, na qual as dificuldades de tentar lidar com a dor crónica exacerbam as características pré-existentes do indivíduo, que podem ser mais ou menos disfuncionais. Por fim, o terceiro estágio consiste na aceitação ou habituação a alguns aspectos de um papel de doente, que liberta os pacientes das suas responsabilidades e obrigações sociais, podendo tornar-se um potente reforço à continuação da incapacidade.

Segundo Weisberg e Keefe (1997, como citado em Weisberg, 2000), que propõem a aplicação do modelo diátese-stress às perturbações de personalidade na dor crónica, a abordagem às perturbações de personalidade nesta população é inconsistente com a definição de Perturbação de Personalidade da Associação Americana de Psiquiatria, no que respeita à sua génese. Segundo esta, um dos critérios fundamentais para que seja diagnosticada uma perturbação de personalidade é o facto do padrão de traços e comportamentos que a constituem dever ser reconhecido até ao início da idade adulta e, segundo Weisberg e Keef, os doentes com dor crónica e os seus familiares

próximos muitas vezes descrevem a personalidade pré-mórbida do doente como muito diferente da que é observada após o surgimento da dor. Neste sentido, estes autores hipotetizam que os mecanismos de coping e defesa que caracterizam o indivíduo (diátese) e eram previamente adaptativos ou, pelo menos, marginalmente adaptativos, deixam de o ser devido ao stress causado pela dor crónica e dificuldades psicossociais que a acompanham, levando ao exacerbar de traços da personalidade pré-existentes a um grau que torna diagnosticável uma perturbação da personalidade.

Revisão de estudos sobre personalidade e dor crónica. Turk e Rudy (1988) desenvolveram um sistema classificatório dos doentes com dor crónica em três subgrupos distintos, da maior para a menor severidade da interferência da dor e desajustamento psicológico: disfuncional, mal-estar interpessoal e adaptativo¹. Nitch e Boone (2004), avaliando a relação entre os três subgrupos e dimensões da personalidade do modelo dos cinco factores, verificou que o grupo disfuncional tem níveis mais baixos de abertura à experiência, o grupo de mal-estar interpessoal tem níveis mais elevados de neuroticismo, maior introversão, vulnerabilidade ao stress, desconfiança e menores emoções positivas e o grupo adaptativo tem elevada estabilidade emocional e níveis moderados de extroversão e de abertura à experiência. Segundo os autores, na medida em que estas dimensões de personalidade são relativamente estáveis ao longo da vida, os traços apresentados pelos adaptativos podem fornecer uma base constitucional protectora contra os efeitos negativos da dor crónica, contribuindo para os seus níveis mais reduzidos de incapacidade e dor e para o melhor ajustamento que os caracteriza. Goubert, Crombez e Van Damme (2004), numa amostra de dor lombar crónica, identificaram o neuroticismo como o único dos cinco factores consistentemente relacionado com medidas de vigilância à dor, catastrofização e medo do movimento, sendo que este factor moderou a relação entre a severidade da dor percebida e a catastrofização. Neste sentido, os autores consideram que o neuroticismo pode ser concebido como um factor de vulnerabilidade, num enquadramento de diátese-stress, sendo que quando a pessoa é confrontada com o stressor da dor (aguda), o neuroticismo pode fazer baixar o limiar em que a dor é percebida como ameaçadora e no qual são elicitados pensamentos catastróficos. No estudo prospectivo de Charles et al. (2008) em

¹ Esta tipologia encontra-se explicada na secção aspectos psicológicos e fibromialgia, na página 19.

que o neuroticismo se revelou preditor de um vasto conjunto de problemas de saúde física, 25 após a avaliação da personalidade, o seu efeito mais forte foi nas condições dolorosas, considerando os autores que este factor pode representar um limiar mais baixo de sensibilidade à dor, assim exacerbando certas condições dolorosas.

A esmagadora maioria dos estudos sobre a prevalência de perturbações da personalidade em amostras de doentes com dor crónica, em contexto não psiquiátrico, aponta para taxas muito superiores às encontradas na população geral. Kinney, Gatchel, Polatin, Fogarty e Mayer (1983), comparando um grupo de doentes com dor lombar crónica com um grupo com dor lombar aguda, identificaram que os doentes crónicos apresentavam taxas mais elevadas de psicopatologia pré-mórbida e que 60% deste grupo obteve um diagnóstico de perturbação da personalidade, muito superior à percentagem encontrada no grupo agudo e nos dados normativos para a população geral. Outros estudos identificaram taxas semelhantes de perturbação da personalidade neste tipo de população (Fischer-Kern et al., 2011; Fishbain, Goldberg, Meagher, Steele, & Rosomoff, 1986; Gatchel, Polatin, Mayer, & Garcy, 1994; Monti, Herring, Schwartzman, & Marchese, 1998; Polatin, Kinnedy, Gatchel, Lillo, & Mayer, 1993).

Monti et al. (1998), ao identificarem como mais comum num grupo heterógeneo com dor crónica a perturbação obsessiva-compulsiva da personalidade, interpretam os resultados à luz do modelo da diátese-stress aplicado às perturbações da personalidade na dor crónica de Weisberg & Keefe (1997); desta forma, os autores especulam que traços de personalidade e mecanismos de coping desajustados, ligados a preocupações somáticas exageradas e a rituais para redução da ansiedade e mal-estar, que eram prévios à dor crónica, podem ter sido intensificados a níveis patológicos por um estado contínuo de dor e disfuncionalidade.

Comparando os doentes com dor crónica com um grupo de controlo saudável, Conrad et al. (2007) verificaram que 41% dos doentes preenchia o critério de pelo menos uma perturbação da personalidade. Sansone, Whitecar, Meyer e Murry (2001) identificaram uma prevalência substancial da perturbação estado-limite da personalidade numa amostra de doentes nos cuidados de saúde primários com variadas síndromes dolorosas. Estabelecendo uma analogia entre as síndromes de dor crónica e a perturbação estado-limite da personalidade, os autores consideram que pode existir uma

semelhança nas dinâmicas vivenciadas (e.g., dificuldade de auto-regulação que se aplica à experiência de dor, necessidade de consultas frequentes, uso intensivo de medicação e questões de dependência, etc.). Tragesser, Bruns e Disorbio (2010), testando o efeito mediador do afecto negativo na relação entre dor crónica e perturbação estado-limite da personalidade numa vasta amostra de pacientes com dor crónica (na medida em que a co-ocorrência dos três aspectos é muito elevada), verificaram que embora os indivíduos com mais características desta perturbação da personalidade reportassem maior severidade da dor e queixas somáticas, esta relação era explicada pelos níveis mais elevados de depressão. Neste sentido, os autores consideram que a associação entre aspectos da perturbação estado-limite da personalidade e a dor é grandemente explicada pelo afecto negativo, primariamente na forma de depressão.

MMPI/MMPI-2 e dor crónica. Relativamente às relações entre personalidade e dor crónica, o teste mais amplamente utilizado para avaliação da personalidade desde meados do século XX é o Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) e a sua versão posterior, MMPI-2 (Butcher et al., 1989).

Numa fase inicial, pretendia-se a sua utilização com o objectivo de diferenciar entre dor crónica presumidamente psicogénica e dor correspondente à existência de evidência física, sobretudo da região lombar. Hanvik (1951) verificou que existiam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em seis escalas, nas quais o grupo presumidamente “psicogénico” apresentava valores mais elevados: hipocondria, depressão, histeria, psicopatia, psicastenia e esquizofrenia². Agrupando as pontuações médias de todos os pacientes deste grupo, foi obtido um perfil com uma configuração “V de conversão”, assim nomeado por apresentar elevações de histeria e hipocondria e níveis de depressão relativamente baixos; a conversão referir-se-ia à existência de sintomas físicos acentuados, associados a uma aparente indiferença ou dissociação das reacções afectivas. Este tipo de perfil, assim como o da denominada “tríade neurótica” (em que as pontuações destas três escalas estão elevadas) tem sido amplamente associado aos doentes com dor crónica, ao longo do tempo.

²A descrição das escalas encontra-se no anexo F.

A utilização do MMPI para predizer se havia uma base física para uma queixa somática foi sendo progressivamente desencorajada, à medida que própria distinção entre dor psicogénica e orgânica se foi tornando desactualizada (Keller & Butcher, 1991; Rook, Pesch, & Keeler, 1981; Rosen, Frymoyer, & Clements, 1980). Na actualidade, a utilização do MMPI-2 é recomendada na perspectiva de que, tendo em conta a natureza multidimensional da resposta à experiência subjectiva da dor, uma avaliação da personalidade fornece informação importante sobre a resposta emocional do paciente e permite identificar características individuais que podem promover a adaptação e recuperação ou, pelo contrário, impedi-la (Arbisi & Butcher, 2004).

Relativamente à identificação de subgrupos de doentes com dor crónica, com base nas suas pontuações nas escalas do MMPI e MMPI-2, têm sido efectuados variados estudos ao longo dos anos, na sua maioria com doentes com dor lombar crónica.

Bradley, Prokop, Margolis e Gentry (1978) identificaram 3 subgrupos de perfis idênticos na amostra masculina e feminina e um quarto subgrupo apenas na amostra feminina. Os três clusters comuns aos dois sexos foram os seguintes: A- caracterizado por elevações na hipocondria, depressão e histeria, muito concentrado nos seus sintomas físicos; B- sem elevações em qualquer escala, enquadrando-se na normalidade, embora com pontuações relativamente elevadas na hipocondria e histeria; C- com elevações na hipocondria, depressão, histeria e esquizofrenia, considerados depressivos, preocupados com questões somáticas e emocionalmente isolados. O único cluster que apenas foi encontrado no sexo feminino (cluster D) foi o típico perfil V de conversão, que os autores identificaram com doentes que tendem a focar-se quase exclusivamente num único sintoma de dor e não a reportar numerosas queixas somáticas, classificados como pacientes que “aprenderam a viver com a sua dor através da retirada de satisfação do seu papel como inválidos” (p.271). Com base nestes resultados, os autores chamaram a atenção para a heterogeneidade dos doentes com dor lombar crónica, que se expressa também em diferentes comportamentos associados à dor e que requer especificidade de intervenção.

Os diferentes estudos ao longo do tempo têm alcançado essencialmente resultados idênticos, replicando soluções de três a quatro subgrupos, para homens e mulheres (Bradley & Heide, 1984; Costello, Hulsey, Schoenfeld, & Ramamurthy, 1987; Guck, Meilman, Skultety, & Poloni, 1988; Hart, 1984; McGill, Lawlis, Selby, Mooney, & McCoy, 1983; Moore, Armentrout, Parker, & Kivlahan, 1986; Naliboff, McCreary, McArthur, & Cohen, 1988; Riley & Robinson 1998; Riley, Robinson, Geisser, & Wittmer, 1993; Riley, Robinson, Geisser, Wittmer, & Smith, 1995) ou três grupos (Armentrout, Moore, Parker, Hewett, & Feltz, 1982; Masters, Shearer, Ogles, & Schleusner, 2003; Strassberg, Tilley, Bristone, & Oei, 1992): um grupo essencialmente dentro da normalidade; um grupo caracterizado pela tríade neurótica, com preocupações somáticas e depressão; um grupo caracterizado pelo perfil V de conversão e um grupo nomeado patológico, com elevações em múltiplas escalas clínicas e apresentando acentuado grau de perturbação.

Haggard, Stowell, Bernstein e Gatchel (2008), com uma amostra heterógenea de pacientes com diversas condições dolorosas, alcançaram resultados semelhantes, com um grupo considerado normativo e quatro grupos não normativos (tríade neurótica, conversão e *disability profile*); este perfil de incapacidade, assim nomeado por Gatchel, Mayer e Eddington (2006), caracteriza-se por elevações em pelo menos quatro escalas clínicas, associação a perturbações da personalidade (particularmente, a perturbação do estado-limite da personalidade) e a experiência frequente de mal-estar emocional severo, por ausência de um mecanismo de defesa específico em resposta ao stress. Neste estudo, este perfil relacionou-se com incapacidade significativa e verificou-se ainda que as mulheres tinham maior probabilidade do que os homens de corresponder a um dos três perfis não normativos. Em termos de prognóstico, o grupo normativo apresenta geralmente uma probabilidade muito superior de voltar ao trabalho após o tratamento (Gatchel et al., 2006) e significativamente menor incapacidade e dor como resultados benéficos da cirurgia (Masters et al., 2003).

Partindo dos três tipos de perfis de doentes com dor crónica identificados na taxonomia de Turk e Rudy (1988), Etscheidt, Stager e Braverman (1995) examinaram a relação entre estas classificações e os níveis de psicopatologia no MMPI. Verificou-se que ambos os grupos, disfuncional e mal-estar interpessoal, tinham maior probabilidade de exibir elevações em múltiplas escalas clínicas, nomeadamente psicopatologia, paranóia,

psicastenia e esquizofrenia. O grupo disfuncional distingue-se ainda dos adaptativos por níveis acentuados de depressão e as escalas hipocondria e histeria, amplamente mencionadas como caracterizando os doentes com dor crónica, não diferiram entre os três grupos. Lousberg, Groenman e Schmidt (1996) verificaram que o grupo disfuncional correspondeu ao perfil V de conversão e o grupo de mal-estar interpessoal correspondeu o perfil da tríade neurótica; o grupo adaptativo não teve quaisquer elevações, o que é coerente e sugere um tipo de paciente com uma personalidade relativamente estável e equilibrada.

No estudo de Vendrig (2000), uma baixa introversão/emocionalidade negativa, não se tendo revelado preditora significativa de melhoras físicas (como dor e incapacidade) após a participação num programa multidisciplinar de tratamento da dor crónica, revelou-se preditora significativa de maior satisfação e auto-percepção de mudanças emocionais. Os autores consideram que esta dimensão, ao representar uma predisposição para experienciar afecto positivo, procurar e aproveitar as experiências sociais e perseguir com energia os objectivos, predispõe para atitudes mais positivas face a todo o processo de tratamento e pessoas envolvidas e para maior investimento no mesmo.

Demarco (2002) identificou que as escalas de conteúdo depressão, ira, baixa auto-estima e preocupações com a saúde e uma medida combinada das quatro foram significativamente relacionadas com o nível de ajustamento em doentes com dor lombar crónica, sendo que os doentes com pior ajustamento tinham uma pontuação média mais elevada nestas escalas.

Applegate et al. (2005), num estudo prospectivo com uma vasta amostra de estudantes universitários, identificaram algumas escalas clínicas como preditoras do número de condições de dor crónica reportadas aproximadamente 30 anos após a avaliação da personalidade. Em ambos os sexos, pontuações elevadas na hipocondria e histeria foram preditoras de maior número de condições dolorosas reportadas; a masculinidade/feminilidade³ foi preditora apenas no sexo masculino e a paranoia⁴, apenas no sexo feminino.

³A descrição da escala encontra-se no anexo 6

⁴A descrição da escala encontra-se no anexo 6

Por fim, no que respeita ao MMPI/MMPI-2, destacamos a importância das escalas da denominada tríade neurótica. Keller e Butcher, em 1991, num estudo comparativo de avaliação da personalidade entre doentes com dor crónica, amostra normativa e amostra psiquiátrica, verificaram uma predominância do padrão da tríade neurótica (também nomeado padrão hipocondríaco) nos doentes de dor, marcado também por elevações secundárias nas escalas psicopatia, psicastenia e esquizofrenia. As escalas que se revelaram mais úteis na diferenciação do grupo com dor crónica, como um todo, das outras populações, foram as que remetem para as queixas somáticas (hipocondria e histeria) e a escala de conteúdo preocupações com a saúde. Além disso, a pontuação do grupo com dor crónica na escala depressão foi significativamente superior à do grupo normativo e semelhante à do grupo psiquiátrico. Kvale, Ellertsen e Skouen (2001), comparando doentes com dor crónica divididos em três subgrupos segundo a localização da sua dor (1- dor acima da região torácico-lombar; 2- dor abaixo da região torácico-lombar; 3- dor generalizada), identificaram correlações positivas e significativas entre grau de incapacidade em vários domínios de avaliação física e a pontuação nas escalas hipocondria, histeria e depressão, superiores no grupo com dor generalizada. Slesinger, Archer e Duane (2002), comparando as pontuações de um grupo de doentes com dor crónica com os valores da amostra normativa do MMPI-2, verificaram que o grupo com dor reportou níveis mais elevados de desajustamento geral e mal-estar afectivo, incluindo mais ansiedade, sintomatologia depressiva e queixas somáticas, sendo as escalas da tríade neurótica os factores discriminatórios mais úteis entre os doentes e o grupo de controlo.

Sendo o padrão correspondente à tríade neurótica tão amplamente encontrado nos doentes com dor crónica, algumas questões têm que ser consideradas na abordagem desta questão. Autores como Pincus, Callahan, Bradley, Vaughn e Wolfe (1986) realçam o facto de vários itens das escalas da tríade neurótica serem relativas a doença, sendo que as respostas a estes itens, num grupo com artrite reumatóide, correlacionaram com medidas de características da doença, o que sugere que as respostas a estes itens do MMPI e a subsequente elevação nestas escalas reflectem a real presença e severidade da doença. Sherman, Camfield e Arena (1995) chamam a atenção para o facto verificado na sua investigação com um grupo com dor lombar crónica: sendo-lhes pedido para responderem às questões das escalas que constituem a tríade neurótica duas vezes, na

primeira, como teriam respondido antes do surgimento da dor e na segunda, com a dor actual, verificou-se que as pontuações das escalas hipocondria e histeria subiram significativamente no segundo preenchimento. No mesmo sentido, vários estudos revelam melhorias significativas no perfil do MMPI após diminuição da dor, em doentes submetidos a cirurgia comparativamente aos que não o foram (Sternbach & Timmermans, 1975), nos doentes que obtiveram maior diminuição da dor pós-cirurgia (Herron & Pheasant, 1982) e nos que tiveram sucesso no tratamento, cirúrgico (Watkins, 1986) ou não cirúrgico (Barnes, Gatchel, Mayer, & Barnett, 1990; Gatchel, Mayer, Capra, Diamond, & Barnett, 1986), incluindo os subgrupos mais disfuncionais (Naliboff et al., 1988).

Num estudo longitudinal importante, Hansen, Biering-Sørensen, & Schroll (1995) observaram que elevações das escalas clínicas do MMPI correspondentes ao perfil de conversão estavam unicamente associadas a uma história de dor lombar durante a década anterior, não apoiando a teoria de que a psicopatologia seria preditora da dor lombar crónica.

Fishbain et al. (2006), numa revisão das investigações sobre dor e personalidade que apresentam um procedimento de teste-reteste na avaliação da personalidade (nomeadamente, com utilização do MMPI), verificaram uma evidência consistente de alteração nas pontuações da personalidade, no sentido de menor patologia, entre o pré-tratamento e o pós-tratamento; esta alteração nas características da personalidade (traço) estava positivamente associada a diminuição da dor (estado) após o tratamento.

Em conclusão, no seguimento desta revisão efectuada, consideramos importante enfatizar dois aspectos: pontuações elevadas nas escalas que compõem a tríade neurótica parecem poder relacionar-se com a dor efectivamente sentida, podendo um ser expectável um perfil de conversão baixo a moderado nestes doentes e, como tal, provavelmente não ser considerado clinicamente significativo (Sherman et al., 1995). Segundo Fishbain et al., há que ter consciência de que a dor, como um problema de estado muito poderoso, pode ter impacto na medição das características de personalidade. Devido a esta implicação, o perfil de personalidade pode não representar a verdadeira estrutura de personalidade anterior ao surgimento do problema doloroso do indivíduo.

Não estando esclarecida a questão da causalidade, deve-se considerar a possibilidade da antecedência da dor crónica relativamente aos problemas de personalidade e, certamente, do seu contributo para o acentuar destes problemas.

Acontecimentos de vida

Stress e stressores. O termo “stress” é originário do campo da física, sendo Selye (1936) um dos principais percursores desta área de estudo com sua teoria clássica do stress que o define, ao nível fisiológico, como um estado de resposta do organismo. O autor postulou a “síndrome de adaptação geral” como uma resposta fisiológica estereotipada que toma a forma de uma série de três estádios na reacção a um stressor, sendo este qualquer estímulo nocivo. O primeiro estádio é a reacção de alarme, no qual a medula adrenal liberta epinefrina e o cortex adrenal produz glucocorticóides, ambos ajudando a restaurar a homeostase. A restauração da homeostase conduz ao segundo estádio, da resistência, no qual a defesa e adaptação são mantidos e optimizados. Se o stressor persistir, segue-se o estado de exaustão e a resposta adaptativa cessa, podendo ter como consequência a doença ou a morte.

Lazarus (1966) aborda o stress como um problema psicológico, estabelecendo a diferença entre stress fisiológico (que respeita a dano ou perturbação da estrutura ou função do tecido que já ocorreu) e stress psicológico, que respeita ao significado atribuído a um estímulo, isto é, a sua capacidade para produzir dano, que ainda não ocorreu.

A área de estudo do stress é muitíssimo vasta, ocupando grande parte da literatura na Psicologia e podendo o processo de stress ser analisado a diferentes níveis e em função de diferentes modelos. Na medida em que o presente estudo não abarca uma avaliação do nível de stress nem da existência de um diagnóstico de Perturbação Pós-Stress Traumático (PTSD), mas sim a exposição a stressores para explorar a relação entre esta exposição, variáveis de personalidade e consequências de saúde, iremos centrar o enquadramento e revisão de literatura no nível dos estímulos, ou seja, os stressores.

No âmbito do stress e da sua relação com o desenvolvimento de sintomatologia psicológica e física, podemos identificar dois grandes campos distintos: o campo do stress traumático, referente aos acontecimentos mais severos e potencialmente causadores de PTSD e o campo do stress e coping, focado nos acontecimentos menos severos e de maior frequência. Na literatura, o campo do stress traumático evoluiu independentemente do pré-existente campo do stress e coping, com muito pouca interacção entre ambos (Shalev, 1996); por sua vez, o segundo campo foi-se dividindo em dois modelos distintos: um modelo focado no papel dos acontecimentos de vida *major*, tais como morte de um familiar próximo e divórcio e, um modelo alternativo focado nos stressores de menor magnitude e maior cronicidade, como desencadeantes dos sintomas (Wagner, Compas & Howell, 1988).

Adoptando a conceptualização de Wheaton (1996), definimos stressor como uma condição de ameaça, exigência ou constrangimento estrutural que pelo simples facto da sua existência põe em causa a integridade operacional do organismo. Segundo o autor, existem alguns aspectos referentes à condição do stressor que salientamos: um stressor tem que ser relevante para a identidade do indivíduo, na medida em que parte do seu poder deriva do seu potencial para ameaçar ou alterar essa identidade; enquanto o stressor persistir, a probabilidade de dano vai aumentando até ser alcançado um ponto de ruptura; o potencial dano causado pelo stressor é independente da consciência por parte do indivíduo deste potencial danoso. Apresentamos a tipologia de stressores definida por Wheaton, enquadrando-os numa escala de continuidade:

1) Trauma súbito, uma classe de stressores que envolve a experiência de um acontecimento singular, não antecipado e devastador pela sua severidade, com um início e finais súbitos e normalmente de curto prazo. Nesta classe de stressores encontram-se grande parte dos acontecimentos que cumprem o critério de severidade para PTSD, segundo a DSM-IV-R, tais como desastres naturais, ataques sexuais, morte inesperada de familiares ou amigos próximos, vitimização num crime violento e acidentes severos. Por sua vez, existem traumas que não são súbitos e que podem tornar-se crónicos (e.g., o abuso sexual ou físico repetido).

2) Acontecimentos que causam mudanças de vida (normalmente denominados *life change events* ou *major life events*): acontecimentos discretos e observáveis que

causam mudanças de vida significativas, com um início e final relativamente claros. Nesta classe enquadra-se o divórcio, doença grave e gravidez não desejada, entre muito outros.

3) Stressores crónicos, em oposição aos acontecimentos de vida discretos, que se referem a problemas, conflitos e ameaças persistentes na vida quotidiana. Não têm necessariamente um início claramente definido, como um acontecimento, desenvolvendo-se de forma mais progressiva e insidiosa e com um curso temporal tipicamente mais longo que o dos acontecimentos de vida. No âmbito desta distinção entre acontecimentos de vida e stressores crónicos, o autor realça a diferença entre “divorciar-se”, o acto relativo à ruptura com o casamento (classificado com um acontecimento que causa mudança de vida) e “estar divorciado”, que pode constituir-se como um stressor crónico.

4) *Hassles* quotidianos, definidos por Kanner (1981) como exigências geradoras de stress e frustração que, em diferentes graus, caracterizam as transações quotidianas com o ambiente, Wheaton (1996) classifica-os como stressores micro, alguns dos quais ocorrem de forma regular e contínua (mais próxima das características dos stressores crónicos) e outros de forma episódica e contingencial (mais próxima das características dos acontecimentos de vida).

5) Macro stressores: stressores que ocorrem ao nível do sistema macro-social, incluindo, enquanto grupo, stressores que se incluem nas categorias dos acontecimentos de vida (e.g, catástrofes) e stressores que se incluem na categoria dos stressores crónicos (e.g., recessão económica).

6) “Não acontecimentos”, definidos por Gersten et al. (1974, como citado em Wheaton, 1996) como um acontecimento que é desejado ou antecipado e que não ocorre, ou algo desejável que não ocorre quando a sua ocorrência é normativa para pessoas de um certo grupo. Na perspectiva da insatisfação contínua, Wheaton aproxima este tipo de stressor dos stressores crónicos.

Relativamente à relação entre os diferentes tipos de stressores, Wheaton estabelece alguns tipos de relações que consideramos especialmente pertinente acentuar:

1) Os stressores podem ser mediadores dos efeitos de outros stressores, sendo o caso de um stressor crónico, causado por um acontecimento de vida, que por sua vez explica parte do impacto do acontecimento de vida na saúde mental.

2) Os stressores podem fortalecer o impacto de outros stressores, numa perspectiva dos acontecimentos de vida como potenciais multiplicadores dos efeitos negativos dos stressores crónicos.

3) Os stressores podem ser moderadores dos efeitos de outros stressores, sendo que um acontecimento de vida que resulta numa mudança de papel pode ter impacto positivo na saúde mental, quando a situação anterior era cronicamente stressante.

4) Os stressores podem agir como fontes de exposição adicional ao stress: a ocorrência de stress pode iniciar cadeias causais de risco incremental para a exposição ao stress, tanto no que respeita a cadeias de curto prazo (e.g., o divórcio pode conduzir à monoparentalidade e a dificuldades financeiras) ou de longo prazo (a experiência de stress infantil implicada num aumento do risco de exposição futura a diferentes tipos de stressores).

Por fim, pretendemos constatar a problemática da terminologia relativa aos acontecimentos de vida, enfatizada por vários autores e visível na literatura. Shalev (1996) aponta para a dificuldade em distinguir com sucesso acontecimentos traumáticos de acontecimentos stressantes major, na ausência de concordância universal relativamente à adequação desta distinção. Wheaton (1996) realça a ambiguidade existente relativamente ao conteúdo dos stressores, afirmando que não existe uma clara divisão entre acontecimentos potencialmente traumáticos e acontecimentos definidos como stressantes, ambiguidade que se manifesta nos itens de certos inventários de acontecimentos de vida. March (1983) cita alguns estudos onde se verificou que pacientes cumpriam o critério fenomenológico para PTSD sem cumprir o critério para severidade do stressor, sendo que acontecimentos como envolvimento dos filhos em actividades ilegais e fracasso de processo de adopção (Burstein, 1985, como citado em March, 1993) e aborto e traição conjugal (Helzer, 1987, como citado em March, 1993) estavam associados com PTSD.

Relativamente à denominação dos diferentes tipos de stressores, além de ampla variação entre os diferentes autores que utilizam a terminologia “potencialmente

traumático”, “adverso”, “stressante” e “negativo” para se referir, por vezes, aos mesmos acontecimentos, o mesmo autor pode referir-se ao mesmo acontecimento como traumático ou stressante (Rahe, 1993) e como traumático ou adverso (Gupta et al., 2007), em diferentes momentos. No que respeita aos hassles quotidianos, foram conceptualizados na literatura com terminologia tão distinta como constrangimentos crónicos, acontecimentos desagradáveis, acontecimentos negativos *minor*, acontecimentos quotidianos severos e microstressores (Wagner, Compas, & Howell, 1988). Wheaton (1996) realça a problemática de certos itens das escalas de hassles, que reflectem acontecimentos de vida major e stressores crónicos de maior severidade que não deveriam estar aí enquadrados.

Assim, assumimos que o presente estudo se foca nos acontecimentos de vida potencialmente traumáticos, definidos como acontecimentos aversivos, cujo potencial para se tornarem traumáticos depende de um conjunto de factores, incluindo a intensidade e duração da exposição, factores demográficos, situacionais e de personalidade (Norris, 1992).

Acontecimentos potencialmente traumáticos e saúde na população geral.

Relativamente à relação entre acontecimentos de vida potencialmente traumáticos e resultados de saúde, a esmagadora maioria dos estudos refere-se à infância e ao abuso sexual, seguido pelo abuso físico e negligência, sendo muito poucos os estudos que se referem à exposição a outro tipo de acontecimentos potencialmente traumáticos.

Mulvihill (2005), numa revisão de literatura sobre o impacto do trauma infantil na saúde, estabelece um esquema com várias componentes interrelacionadas, que vão implicar consequências diferenciais: a natureza do trauma (aqui se incluindo a intensidade, cronicidade e relação existente com a criança, no caso de acção perpetrada por outrem); a resposta da criança (mediada pelas suas características e grau de suporte existente); a resposta fisiológica ao stress; o impacto de curto prazo (incluindo PTSD, resposta imunitária, hiperactivação e hipervigilância, perturbações alimentares, consumo de substâncias, dificuldades de aprendizagem, etc.); impacto de longo prazo, a nível mental (onde se incluem a depressão e perturbações da personalidade) e físico (com síndromes como a fibromialgia, entre outras).

Wilson (2010), numa revisão de literatura especificamente sobre as consequências na saúde do abuso sexual infantil, refere duas vias, uma caracterizada por perturbações psiquiátricas (incluindo questões comportamentais e emocionais) e outra relativa a manifestações somáticas, aqui se incluindo condições dolorosas e outros sintomas sem explicação médica definida, algumas doenças auto-imunes e perturbações sistémicas.

Existe ampla literatura sobre os efeitos fisiológicos e cerebrais da exposição a acontecimentos de vida potencialmente traumáticos, sobretudo na infância. Segundo Anda et al. (2006), esta exposição conduz a resposta de luta ou fuga na criança exposta e à libertação concomitante de catecolaminas e corticosteróides adrenais endógenos, com efeitos detrimentais nas redes neurais em desenvolvimento e nos sistemas neuroendócrinos que as regulam. Heim et al. (2000) verificaram que as mulheres com uma história de abuso infantil exibiram respostas aumentadas ao stress ao nível do eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal (HPA) e do sistema nervoso autónomo, em comparação com o grupo de controlo, sendo este efeito particularmente robusto em mulheres com sintomas actuais de depressão e ansiedade. Os autores consideram que esta hiperreactividade do eixo HPA e do sistema nervoso autónomo são uma consequência persistente do abuso infantil, que pode contribuir como diátese para condições psicopatológicas na idade adulta. McFarlane et al. (2005), numa vasta amostra não clínica de indivíduos que experienciaram acontecimentos potencialmente traumáticos na infância mas que não têm diagnóstico de PTSD, verificaram que o número de acontecimentos experienciados teve efeito significativo na actividade eléctrica do cérebro, considerando a possibilidade de que o eixo HPA possa tornar-se sensibilizado em indivíduos expostos a stress precoce, influenciando o funcionamento neurofisiológico subsequente na idade adulta. Alguns estudos referem uma redução no volume do hipocampo, não apenas em vítimas de abuso infantil como em veteranos de guerra (Bremmer, 1999), sendo que esta redução foi também associada a maior número de acontecimentos de vida stressantes, em amostra de adultos sem diagnóstico psiquiátrico (Papagni et al., 2011).

Na abordagem à relação entre acontecimentos de vida e consequências na saúde, a saúde mental, que a seguir referimos, é sem dúvida a mais amplamente abordada na literatura, não sendo no entanto o âmbito principal do presente estudo. Especificamente

em relação ao abuso sexual infantil, Molnar, Buka e Kessler (2001), numa amostra representativa da população dos Estados Unidos da América, identificaram uma relação entre este tipo de abuso e desenvolvimentos subsequente de 14 perturbações do humor, ansiedade e uso de substâncias no sexo feminino e cinco no sexo masculino. Num âmbito mais vasto, analisando um conjunto de diferentes tipos de adversidades na infância, verificou-se que estas adversidades estavam associadas de forma consistente ao surgimento de perturbações do humor, da ansiedade e aditivas, havendo uma relação de pouca especificidade entre o tipo de acontecimento e as perturbações futuras. Kessler et al. (2010), num estudo internacional com amostras representativas da população nacional ou regional de um conjunto de países, identificaram que um conjunto de diferentes tipos de adversidades infantis explicava 29.8% de todas as perturbações nos diferentes países, sendo que as adversidades associadas com funcionamento familiar disfuncional eram os preditores mais fortes das perturbações.

Schneiderman, Ironson e Siegel (2005) analisam investigações sobre as consequências da exposição à guerra e terrorismo durante a infância, identificando que a maioria das crianças expostas a experiência de guerra experienciou morbilidade psicológica significativa, incluindo PTSD e sintomas depressivos. Relativamente a efeitos de longa duração, Macksound e Aber (1996, como citado em Schneiderman et al., 2005) encontraram que 43% das crianças libanesas continuavam a manifestar sintomas de stress pós-traumático, 10 anos após a exposição a trauma relacionado com a guerra.

Relativamente a consequências na saúde física, Kendall-Tackett (2002) realça que os maus-tratos infantis estão relacionados com a saúde através de uma complexa matriz de factores comportamentais, emocionais, sociais e cognitivos, cada um deles altamente relacionado com os restantes e aumentando a probabilidade de problemas de saúde futuros. Em vastas amostras comunitárias, verifica-se a associação entre vários tipos de maus-tratos infantis (sobretudo sexual e físico) e variados problemas de saúde na idade adulta, incluindo número de sintomas físicos, incapacidade devido à saúde física, auto-percepção de saúde global (Chartier, Walker, & Naimark, 2007; Walker et al., 1999), maior procura dos serviços de urgência (Chartier et al., 2007) e mais diagnósticos médicos atribuídos, sendo que mais tipos de maus-tratos associam-se a mais problemas de saúde (Walker et al., 1999). Dube, Felitti, Dong, Giles e Anda

(2003) enfatizam o poder deste tipo de acontecimentos adversos na infância, devido a resultados que mostram, em quatro coortes sucessivos desde o início do século XX, que os seus efeitos no aumento do risco de variados problemas de saúde permanecem, não sendo afectados por evoluções temporais e mudanças sociais.

Relativamente a um conjunto mais amplo de acontecimentos infantis adversos, para além do mau-trato sexual/físico/emocional, Felitti et al. (1998) verificaram numa vasta amostra comunitária que a quantidade de diferentes tipos de acontecimentos adversos tinha uma relação positiva com um vasto conjunto de doenças na idade adulta, (incluindo doença isquémica cardíaca, doença pulmonar crónica e cancro) e que as pessoas com exposição infantil múltipla tinham maior probabilidade de ter múltiplos factores de risco para a saúde na idade adulta. Dube et al. (2009) identificaram a associação entre a exposição ao mesmo conjunto de experiências infantis adversas e diferentes tipos de doenças auto-imunes na idade adulta.

Em vastas amostras de base comunitária, considerando os maus-tratos para além da infância, o abuso físico e sexual na infância e idade adulta, apresenta associação com várias doenças, incluindo asma, diabetes e problemas cardíacos (Romans, Belaise, Martin, Morris, & Raffi, 2002), havendo uma relação entre a magnitude do abuso em qualquer momento da vida e os problemas de saúde, incluindo o abuso psicológico (Wijma, Samelius, Wingren, & Wijma, 2007).

Por fim, alguns autores, comparando o impacto na saúde entre acontecimentos de vida severos e os hassles quotidianos, verificaram que os hassles eram melhores preditores de sintomas psicológicos simultâneos e subsequentes (Kanner, Coyne, Schaefer & Lazarus, 1981) e tinham uma relação mais forte com sintomas somáticos que os acontecimentos de vida mais significativos (DeLongis, Coyne, Dakof, Folkman & Lazarus, 1982; Kanner, Coyne, Schaefer & Lazarus, 1981; Wagner, Compas & Howell, 1988).

A investigação mostra que as diferentes categorias de acontecimentos infantis adversos, incluindo o abuso de diferentes tipos, a negligência e a exposição a ambiente familiar problemático tendem a estar fortemente interrelacionadas (Felitti et al., 1998; Kessler et al., 2010; Romans et al., 2002). Na análise da relação entre abuso e negligência na infância e acontecimentos adversos na idade adulta verifica-se que ter

sido vítima de abuso na infância, sobretudo sexual, aumenta o risco de revitimização na idade adulta (Campbell, Greeson, Bybee, & Raja, 2008; Classen, Palesh, & Aggarwal, 2005; Desai, Arias, Thompson, & Basile, 2002; Parks, Kim, Day, Garza, & Larkby, 2010); ainda, que as pessoas que experienciaram maior número de abusos infantis têm maior probabilidade de reportar experiência de abuso e/ou acontecimentos adversos na idade adulta (Bifulco, Bernazzani, Moran, & Ball, 2000; Lampe et al., 2003; Moeler, Bachmann, & Moeller, 1993) e podem ter maior susceptibilidade aos efeitos de acentuado stress quotidiano, sentindo-se mais afectadas pelos acontecimentos de vida quotidianos potencialmente stressantes (Thakkar & McCanne, 2000). A maioria da investigação aponta para o facto de que a vitimização múltipla, na infância e na idade adulta, está associada a maior risco de stress emocional e patologia psicológica (Campbell et al., 2008; Classen et al., 2005; Miner, Flitter, & Robinson, 2006).

A mediação da PTSD. Alguns estudos que analisam a relação entre exposição a acontecimentos potencialmente traumáticos e queixas de saúde física, introduzem a PTSD como possível mediadora desta relação. Woods et al. (2005), no primeiro estudo a avaliar a relação entre vitimização por violência conjugal e consequências na saúde física através de uma medição biológica da resposta imunitária, verificaram que a existência de PTSD devido à história de abuso mediou a relação entre a existência do abuso e o aumento de citocinas pró-inflamatórias. Wolfe, Schnurr, Brown e Furey (1994), num estudo com veteranas de guerra que não procuraram tratamento, verificaram que tanto a exposição a zona de guerra como a existência de PTSD foram associadas com o relato de sintomas negativos; no entanto, os efeitos associados à exposição decresceram quando a PTSD foi controlada, enquanto os efeitos associados à PTSD permaneceram mesmo quando a exposição foi controlada. Deste modo, os resultados sugerem que os efeitos da exposição traumática na percepção de saúde são parcialmente mediados pela PTSD após a exposição. Kimerling, Clum e Wolfe (2000), numa investigação com o mesmo tipo de população, verificaram que os sintomas de PTSD (nomeadamente, o cluster de sintomas representando hiperactivação) contribuíram significativamente para a variância nos sintomas físicos reportados e percepção de saúde fraca. Os autores discutem os resultados apontando aspectos da PTSD que podem constituir-na como mediadora da relação entre exposição ao stress e

relato de sintomas de saúde física: diminuição do afecto positivo e aumento do negativo (que influencia a interpretação de sensações corporais comuns como evidência de doença), associado a sintomas de hiperactivação que produzem aumentos na sensação fisiológica, reactividade e escrutínio de pistas interoceptivas (Barlow, 1988, como citado em Kimerling et al., 2000). Assim, os autores consideram os indivíduos expostos ao trauma, com PTSD, têm grande probabilidade de interpretar sintomas específicos de PTSD como sendo sintomas de saúde, o que leva a que estes indivíduos tenham uma percepção cada vez mais negativa da sua saúde física.

Acontecimentos de vida e depressão. Um aspecto incontornável na análise dos acontecimentos de vida potencialmente traumáticos e suas consequências é a abordagem à relação com a depressão. O enquadramento conceptual primário para investigação sobre o stress de vida e a recorrência de depressão é a hipótese *kindling* ou de sensibilização (Post, 1992, como citado em Hammen, 2005). Sendo que a Perturbação Depressiva Major é frequentemente caracterizada por episódios recorrentes ao longo do curso de vida, os primeiros episódios são tipicamente associados a acontecimentos de vida causadores de elevado stress; no entanto, devido a alterações neurobiológicas vai existindo uma sensibilização progressiva e os episódios depressivos subsequentes tenderão a surgir de forma cada vez mais independente dos acontecimentos de vida. Este padrão é mais forte, sobretudo, nos indivíduos que têm um baixo risco genético para a depressão, sendo que os que possuem um elevado risco genético, pelo contrário, são considerados “prekindle” e dispensam os factores ambientais no desencadear de episódios depressivos (Kendler, Thornton, & Gardner, 2001). Vários estudos suportam a hipótese *kindling* relativamente ao papel importante de acontecimentos de vida severos no desencadear da depressão, mas não na sua manutenção (Netta, Klomek, & Apter, 2008; Kendler, Thornton, & Gardner, 2000; You & Conner, 2009)

No âmbito da sensibilização ao stress, a investigação alargou o enquadramento da hipótese *kindling* para a consideração do abuso sexual infantil como um factor de risco para a sensibilização ao stress, considerando que a adversidade precoce poderia ser preditora de depressão por estabelecer uma sensibilidade aumentada ao ambiente, em que mesmo acontecimentos menores podem evocar uma resposta depressogénica.

Algumas investigações confirmaram esta hipótese, identificando um efeito moderador do abuso e negligência infantis relativamente ao impacto que acontecimentos de vida stressantes recentes, próximos do início da depressão, podem ter no desencadear desse episódio depressivo (Harkness, Bruce, & Lumley, 2006; McLaughlin, Conron, Koenen, & Gilman, 2010).

A investigação sobre acontecimentos de vida e depressão parece indicar que a maior exposição a acontecimentos de vida negativos, muitas vezes reportada por pessoas deprimidas (sobretudo, do sexo feminino) não tem carácter aleatório, mas sim que estas pessoas tendem a “colocar-se” inadvertidamente em ambientes propícios a mais acontecimentos de vida geradores de stress. Nomeadamente verificou-se que as mulheres com depressão tendiam a ter significativamente mais stress proveniente de acontecimentos interpessoais e mais acontecimentos stressantes de tipo dependente (em que se considera que o indivíduo tem um papel pelo menos parcial na ocorrência dos mesmos) que as outras (Hammen, 1991); um risco genético para a depressão, identificado numa vasta amostra de pares de gémeos do sexo feminino, aumenta a probabilidade de experienciar acontecimentos de vida stressantes nos domínios interpessoal e ocupacional/financeiro (Kendler & Karkowski-Shuman, 1997), levando os autores a considerar que estas mulheres, devido às suas características e comportamentos, têm o potencial de contribuir para o ciclo de sintomas e stress que criam a depressão crónica ou intermitente. Um importante contributo é o estudo de Kendler, Karkowski e Prescott (1999) com pares de gémeos do sexo feminino, no qual se comprovou a associação significativamente mais forte dos acontecimentos de vida stressantes dependentes com o início da depressão, comparativamente aos acontecimentos stressantes independentes, este dado levou os autores a afirmar que uma importante proporção da associação entre acontecimentos de vida e início de depressão é não causal, já que os indivíduos predispostos a depressão têm um papel na ocorrência destes acontecimentos.

O viés da recordação. Relativamente à relação entre acontecimentos de vida potencialmente traumáticos e resultados de saúde, até aqui abordada, há que referir um factor que poderia enviesar os resultados de investigação sobre a pretensa relação entre

abuso sofrido no passado e problemas de saúde na actualidade: o viés da recordação. Este viés constitui-se como uma possibilidade a considerar sempre que consideramos estudos retrospectivos, nos quais a prevalência de acontecimentos passados é avaliada através de auto-relato. Especificamente no que respeita a relato de dor na actualidade, Raphael, Chandler e Ciccone (2004) apresentam duas possibilidades através das quais o viés da recordação pode manifestar-se, pelo facto de a recordação depender da situação actual dos indivíduos: 1) o estado de saúde física actual, que poderá conduzir pessoas com saúde mais deficitária e nomeadamente com condições dolorosas, especialmente as medicamente inexplicadas, a um maior esforço para recordação de experiências negativas precoces, numa procura de significado para a etiologia da sua condição; 2) o estado de saúde mental actual, estando demonstrada a evidência da recordação congruente com o humor, em que o humor depressivo pode influenciar a reconstrução ou avaliação subjectiva que o paciente faz das experiências recordadas, centrando-se em aspectos mais negativos.

No que respeita ao estado de saúde actual como fonte de viés da recordação, a investigação de McBeth, Morris, Benjamin, Silman e Macfarlane (2001) com uma amostra de base comunitária revelou que os indivíduos com dor generalizada crónica tinham maior probabilidade de reportar um conjunto de experiências infantis adversas, comparativamente aos indivíduos sem dor ou com outro tipo de dor (embora só nas hospitalizações as diferenças fossem significativas). No entanto, após validação destes relatos através da consulta dos registos clínicos, esta associação deixou de ser significativa, comprovando-se um viés da recordação que, segundo os autores, pode ajudar a explicar certas associações encontradas entre experiências infantis e dor generalizada crónica. Relativamente ao humor, verificou-se que o nível de mal-estar psicológico no momento da recordação emergiu como um preditor positivo significativo da frequência de acontecimentos potencialmente traumáticos recordados, em estudantes universitários (Lalande & Bonanno, 2011). No mesmo sentido, os autores referem um crescente corpo de investigação que aponta para o facto de a memória dos estados emocionais passados ser, pelo menos parcialmente, construída sobre as emoções e apreciações actuais.

Acontecimentos de vida e dor crónica

Nesta secção, desenvolvemos uma abordagem à relação entre a dor crónica, de uma forma mais generalizada, e os acontecimentos de vida, antes de abordarmos a relação específica entre fibromialgia e acontecimentos de vida; no âmbito da dor crónica, excluiremos, pela sua especificidade, as investigações unicamente centradas na dor pélvica crónica e na dor de cabeça crónica, abordando, na generalidade, dor óssea, articular e musculoesquelética localizada.

Acontecimentos potencialmente traumáticos e dor crónica. No âmbito da relação específica entre acontecimentos de vida adversos na infância e dor crónica na idade adulta, a esmagadora maioria dos estudos centra-se na análise do abuso sexual e físico. Em investigações com amostra de base comunitária tem sido demonstrada uma associação entre a existência de abuso infantil e mais queixas e/ou diagnósticos atribuídos de dor crónica (Chartier et al., 2007; Fillingim & Edwards, 2005; Walker et al., 1999; Walsh, Jamieson, Macmillan, & Boyle, 2007), sendo que, neste último estudo, a dor crónica foi significativamente associada com o abuso físico mas não com o sexual.

Em estudos comparativos de amostras com dor crónica com grupos saudáveis, os resultados apontam para percentagem significativamente superior de abuso infantil no grupo com dor crónica e abuso físico e verbal como preditores significativos da pertença a este grupo (Goldberg & Goldstein, 2000) e, correlações significativas entre o abuso físico, emocional e ser testemunha de violência na infância e o número de perturbações dolorosas na idade adulta (Sansone, Pole, Dakroube, & Butler, 2006). Lampe et al. (2003) verificaram que o abuso físico na infância e os acontecimentos de vida nos dois anos anteriores ao surgimento da dor tinham um impacto significativo na ocorrência da dor crónica em geral, enquanto o abuso sexual na infância estava apenas correlacionado com dor pélvica crónica.

A investigação de Finestone et al. (2000), comparando um grupo de mulheres que tinham sofrido abuso sexual na infância com dois grupos de controlo sem abuso, verificaram que uma percentagem estatisticamente superior das mulheres do primeiro grupo reportava uma condição dolorosa crónica e o número médio de áreas corporais

dolorosas reportadas foi significativamente mais elevado neste grupo, assim como o número de consultas devido a dor, cirurgias e hospitalizações.

Analisando literatura que avalia o mau-trato ao longo da vida (sem divisão entre infância e idade adulta) em amostras comunitárias, Fillingim, Wilkinson e Powell (1999) verificaram que os indivíduos com história de abuso sexual ou físico reportaram experienciar dor em mais locais e dor de maior severidade, no último mês, em comparação com os indivíduos sem história de abuso, sendo esta relação entre abuso e queixas de dor parcialmente moderada pelos níveis mais elevados de somatização e depressão nos indivíduos com história de abuso. Linton (1997), numa amostra extraída da comunidade e classificada consoante o nível de dor musculoesquelética reportada (sem dor, ligeira e severa), verificou uma clara relação entre abuso físico e sexual reportado em qualquer momento da vida e a dor, nas mulheres, já que os dois tipos de abuso foram preditores de um aumento do risco de ter dor severa, respectivamente, em cinco e em quatro vezes. O mesmo autor, num estudo prospectivo (2002) com mulheres com e sem dor na coluna vertebral, identificou que no grupo sem dor a existência de abuso físico foi associada a ocorrência aumentada de novos episódios de dor e de problemas funcionais; no entanto, no grupo com dor a existência de abuso não se relacionou com dor e incapacidade no seguimento, levando os autores a realçar a importância provável do abuso na etiologia de um problema de dor ou incapacidade, mas um papel menos claro na continuidade de dor persistente.

Em amostra de cuidados de saúde primários, Linton, Lardén e Gillow (1996) verificaram que numa amostra de pacientes com dor musculoesquelética crónica, as mulheres com história de abuso sexual (reportado, sobretudo, enquanto adultas) tinham níveis significativamente superiores de depressão, mal-estar afectivo, stress proveniente de acontecimentos quotidianos, níveis menores de actividades sociais, de controlo percebido e de formas eficazes de lidar com a dor. Kendall-Tackett, Marshall & Ness (2003) verificaram que as mulheres que tinham reportado existência de abuso infantil ou violência doméstica (na idade adulta) tinham uma probabilidade significativamente superior de ter dor comparativamente às sem abuso, mesmo após controlo da existência de depressão e, não existiu diferença significativa a este nível entre os dois tipos de abuso.

Em amostras de cuidados de saúde terciários verificaram-se resultados idênticos, de relação significativa de história de abuso físico ou sexual com dor e sintomas físicos e piores resultados em caso de conjugação de abuso na infância e idade adulta (Green, Flowe-Valencia, Rosenblum & Tait, 1999; 2001).

Especificamente sobre violência doméstica por parte do parceiro íntimo, na idade adulta, a investigação com amostras comunitárias encontra níveis significativamente superiores de dor crónica nas mulheres com experiência de abuso físico e/ou sexual neste contexto, comparativamente a mulheres sem história de abuso (Campbell et al., 2002; Woods et al., 2005). Com amostras comunitárias de mulheres formalmente vítimas de violência e que já não se encontravam na relação abusiva, verifica-se que uma percentagem muito elevada das mulheres tende a reportar dor crónica e, dentro destas, uma percentagem igualmente elevada reporta dor classificada como moderada a severa (Humphreys, 2010; Wuest, 2008). As mulheres com dor mais incapacitante tinham maior probabilidade de reportar abuso infantil, ataque sexual enquanto adultas e abuso conjugal mais severo (Wuest et al., 2008), embora não se verificasse diferença no número de acontecimentos potencialmente traumáticos experienciados, muito elevado em toda a amostra (Humphreys, Cooper, & Miaskowski, 2010).

Em amostra dos cuidados de saúde primários, analisando a violência psicológica por parte do parceiro íntimo, verificou-se que esta foi associada a pior saúde física e psicológica (incluindo dor crónica) e tão fortemente associada à maioria de resultados de saúde adversos como a violência física (Cocker, Smith, Bethea, King, & McKeown, 2000).

Alguns estudos, no entanto, relatam resultados diferentes, no sentido da não existência de relação significativa entre abuso e dor crónica. Nickel, Egle & Hardt (2002) verificaram que não existiam diferenças significativas entre um grupo com dor lombar crónica e um grupo de controlo sem dor, relativamente à existência de um conjunto de adversidades infantis incluindo abuso, negligência e ambiente familiar disfuncional. Toomey, Seville, Mann, Abashian e Grant (1995), numa amostra heterogénea de doentes com dor crónica, não encontraram diferenças entre os que tinham história de abuso físico e/ou sexual e os restantes no que respeita à descrição da

dor e interferência funcional; no entanto, o grupo com abuso apresentava menor auto-controlo, mais atribuições externas relativamente à dor, maior mal-estar psicológico global e maior probabilidade de recorrer aos serviços de urgência devido a sintomas de dor, levando os autores a considerar que a história de abuso pode reduzir a percepção de eficácia e conduzir a crenças de que variáveis externas são responsáveis pela dor.

Alguns estudos que utilizam metodologia de avaliação da história de maus-tratos infantis não apenas baseada no relato retrospectivo, encontram uma inconsistência nos resultados sobre a relação entre o mau-trato na infância e dor na actualidade, consoante a metodologia utilizada. Brown, Berenson e Cohen (2005), numa investigação com uma amostra de jovens adultos seleccionada aleatoriamente de um estudo epidemiológico, avaliaram os maus-tratos infantis de duas formas, através de auto-retrato retrospectivo e de registos oficiais de maus-tratos documentados. Existiu uma associação significativa entre dor crónica e abuso sexual auto-reportado; no entanto, relativamente aos maus-tratos documentados, a sua associação com a dor crónica esteve abaixo do limiar de significância estatística. Raphael, Widom e Lange (2001), num importante estudo prospectivo de coorte, examinaram a relação entre o abuso infantil e queixas de dor medicamente explicada e inexplicada, apresentadas cerca de 20 anos depois, através de informação prospectiva de casos documentados de abuso (sexual e físico) e negligência infantis. A probabilidade dos indivíduos reportarem um ou mais sintomas de dor inexplicados, enquanto jovens adultos, não foi associada com qualquer tipo de vitimização infantil oficialmente documentada; no entanto, foi significativamente associada a auto-retrato retrospectivo de todos os tipos de vitimização infantil. Este dado suscitou questões sobre a objectividade da relação entre vitimização infantil e sintomas dolorosos na idade adulta, levando os autores a enfatizar a hipótese do viés da recordação. Este estudo foi alvo de críticas, devido ao facto de ter existido uma elevada percentagem de abuso auto-reportado no grupo de controlo (embora não documentado), e não ter havido exclusão destes indivíduos da amostra, o que pode ter enviesado os resultados (Lampe et al., 2003). No entanto, Raphael, Chandler e Ciccone (2004) referem que, embora esta possibilidade exista, verificaram-se relações significativas neste coorte entre o abuso documentado e outros resultados de saúde, tais como a perturbação anti-social da personalidade (Luntz & Widom, 1994, como citado em Raphael et al., 2004) e o abuso de álcool (Widom, Ireland, & Grynn, 1995, como citado

em Raphael et al., 2004). Como tal, os autores afirmam que mesmo que exista uma relação global entre abuso e dor, não é provável que seja forte, em comparação com outros resultados psiquiátricos comprovados. Neste sentido, apresentam críticas aos estudos que avaliam a vitimização infantil através de relatos retrospectivos, enfatizando a necessidade de estudos prospectivos e de análise de documentação comprovativa de maus-tratos como forma de obviar a possibilidade de viés da recordação.

Dor crónica e PTSD. Aprofundando a relação entre acontecimentos de vida potencialmente traumáticos e dor crónica, torna-se relevante integrar nesta análise a referência à PTSD. Asmundson, Coons, Taylor e Katz (2002), numa revisão da literatura sobre esta temática, consideram que existe algum grau de sobreposição de sintomas entre PTSD e dor crónica, em particular, ansiedade, hiperactivação, evitamento, labilidade emocional e foco somático elevado e que ambas as condições se caracterizam por hipervigilância e viés atencional para estímulos que são específicos de cada condição. Segundo os autores, os dados indicam que a PTSD e a dor crónica partilham padrões de resposta similares nos domínios cognitivo, comportamental e fisiológico e apresentam uma elevada comorbilidade entre si, especialmente nos casos de maior severidade e incapacidade.

Relativamente à co-ocorrência de PTSD e dor crónica em amostras de militares veteranos de guerra, White e Faustman (1989) verificaram que aproximadamente um em cada quatro, com diagnóstico de PTSD, apresentava algum problema musculoesquelético ou de dor e Beckham et al. (1997) identificaram que os sintomas reportados por 80% da amostra satisfaziam o critério de dor crónica em um ou mais locais. Num estudo prospectivo de larga escala, de base comunitária, verificou-se que a existência de PTSD na linha de base assinalou um risco aumentado de dor e sintomas somáticos no seguimento, mesmo após controlo das perturbações psiquiátricas comórbidas existentes (Andreski, Chilcoat, & Breslau, 1998) e, numa amostra nacional representativa da população civil geral norte-americana, verificaram-se relações positivas significativas entre a dor crónica com perturbações do humor e da ansiedade, sendo a mais forte com a PTSD (McWilliams, Cox, & Enns, 2003). Campbell et al. (2008), com uma amostra feminina de veteranas militares afro-americanas, verificaram

que a existência de PTSD mediou totalmente a relação entre quatro tipos de abuso e a sintomatologia de saúde física e, ainda, que os níveis de PTSD foram mais fortemente preditores de sintomas de tipo doloroso do que de qualquer outro problema de saúde.

Relativamente à natureza da relação entre dor crónica e PTSD e mecanismos envolvidos, Asmundson et al. (2002) consideram que a literatura existente indica vários cenários de relação possíveis: 1) existe co-ocorrência, mas não estão relacionadas; 2) uma é causa da outra; 3) influenciam-se mutuamente de alguma forma (e.g., exacerbando os efeitos uma da outra); 4) um terceiro factor é causa de ambas (e.g., uma predisposição genética comum). Segundo os autores, a evidência acumulada não suporta fortemente as duas primeiras hipóteses, sugerindo vários mecanismos através dos quais a PTSD e a dor crónica estão intimamente ligadas e se influenciam mutuamente. Estes mecanismos incluem a vulnerabilidade partilhada e a manutenção mútua.

Sharp e Harvey (2001) apresentam sete mecanismos específicos que consideram ligar as duas perturbações e torná-las mutuamente reforçantes: 1) o viés atencional, em relação a sintomas relacionados com a dor, na dor crónica e em relação ao estímulo ameaçador, na PTSD; 2) a sensibilidade à ansiedade; 3) a dor crónica pode servir como uma lembrança persistente do evento traumático, desencadeando a activação e outros sintomas de PTSD; 4) estilo de coping evitante, que a longo prazo contribui para a manutenção dos sintomas; 5) a depressão, como concomitante comum da dor crónica e PTSD, com a fadiga e diminuição dos níveis de actividade contribuindo para a manutenção de ambas as condições; 6) percepção da dor, sendo expectável que a PTSD, sendo caracterizada por ansiedade, possa aumentar directamente a percepção da dor e consequente redução da actividade e aumento de incapacidade; 7) exigências cognitivas dos sintomas, que limitam o uso de estratégias adaptativas para controlar efectivamente a dor.

A investigação de Asmundson, Bonin, Frombach e Norton (2000), que avaliou pacientes com dor crónica divididos segundo a classificação de disfuncionais, mal-estar interpessoal e adaptativos, verificou que uma proporção substancial do grupo disfuncional, seguida do grupo de mal-estar interpessoal, foi classificada como tendo PTSD; no entanto, o grupo adaptativo diferiu significativamente, apresentando níveis

muito inferiores, o que parece apontar para uma heterogeneidade também presente a este nível.

Dor crónica e depressão. Outra perturbação que apresenta elevada comorbilidade com a dor crónica é a Perturbação Depressiva Major, sendo que um conjunto de estudos tem encontrado uma frequência muito elevada de pacientes de dor crónica com esta perturbação clínica (Dersh, 2002). Numa vasta amostra comunitária, a taxa de depressão major foi quase quatro vezes superior nas pessoas com dor lombar crónica, aumentando de forma linear com a severidade da dor (Currie & Wang, 2004) e, em amostra de cuidados de saúde primários, os pacientes com queixas de dor crónica apresentavam significativamente mais sintomas depressivos e risco de depressão, comparativamente aos restantes (Erbaydar & Çilingiroğlu, 2010).

No entanto, permanece problemática a questão da “contaminação de critério”, termo que se refere à sintomatologia de sobreposição entre dor crónica e depressão. Como os critérios de diagnóstico da Perturbação Depressiva Major incluem vários sintomas somáticos que também podem ser atribuídos à dor crónica (e.g., perturbação do sono, lentificação motora e perda de energia), o diagnóstico de depressão nesta população envolve grande complexidade (Dersh, Polatin & Gatchel, 2002; Williams, 1998).

Quanto à questão da relação temporal entre estas perturbações, Fishbain, Cutler, Rosomoff e Rosomoff (1997), numa revisão da investigação, consideram que a hipótese de que a depressão precede o desenvolvimento da dor crónica não é suportada; em contraste, é maioritariamente suportada a hipótese de que é consequente à dor crónica, associada a uma hipótese de mediação cognitivo-comportamental (de que cognições disfuncionais e distorção cognitiva medeiam a relação entre a dor crónica e o desenvolvimento de depressão). Por fim, a hipótese de que episódios de depressão ocorrendo antes do início da dor poderiam predispor o indivíduo para um episódio depressivo após o desenvolvimento da dor, parece parcialmente suportada.

Assim, apesar da evidência existente de alguns mecanismos patogénicos comuns, devem ser encaradas como perturbações distintas, devido ao facto de cada

condição poder existir sem a outra e de, mesmo em caso de comorbilidade, o momento de início da dor e da depressão tipicamente não coincidirem (Dersh et al., 2002). Como tal, prevalece a consideração do vasto grupo de pacientes com dor crónica como um grupo heterogéneo, em que quando classificados como disfuncionais, mal-estar interpessoal e adaptativos, só os disfuncionais tendem a apresentar valores significativamente elevados de depressão, seguidos pelos de mal-estar interpessoal com níveis significativamente inferiores (Verra et al., 2011); os doentes classificados como adaptativos podem, inclusivamente, apresentar valores de depressão inferiores ao próprio grupo normativo de referência (Hellstrom & Jansson, 2001).

Personalidade e acontecimentos de vida

Relativamente à relação entre a personalidade e os acontecimentos de vida, existem duas direcções possíveis de investigação: a influência da personalidade nos acontecimentos de vida e a influência dos acontecimentos de vida na personalidade.

Personalidade como preditora de exposição a acontecimentos de vida.

Relativamente à relação da personalidade com o processo de stress, é importante identificar e dividir o processo de stress em dois estádios fundamentais (Bolger & Zuckerman, 1995): exposição ao stressor (grau de probabilidade de experienciar um acontecimento stressante) e reactividade ao stressor (grau de probabilidade de apresentar reacções emocionais ou físicas a um acontecimento stressante). Segundo os autores, existem quatro possibilidades relativas ao efeito da personalidade nestes processos, correspondendo, respectivamente, a quatro modelos de abordagem da relação entre personalidade, stressores e consequências: 1) a personalidade não tem efeito, nem na exposição nem a reactividade aos stressores; 2) a personalidade tem efeito no grau de exposição potencial aos stressores, mas não na reactividade aos mesmos; 3) a personalidade tem efeito na reactividade aos stressores, mas não na exposição, moderando os efeitos dos acontecimentos stressantes; 4) a personalidade afecta ambos os processos (modelo de exposição e reactividade diferencial). Segundo os autores, só a última abordagem pode obter um quadro mais completo sobre o impacto da personalidade, ao considerarmos ambos os processos, exposição e reactividade.

Vários estudos, na sua maioria prospectivos, têm encontrado resultados que parecem apontar para o valor preditor da personalidade (nomeadamente do neuroticismo) no relato de exposição diferencial a acontecimentos de vida, quer potenciamente traumáticos, quer hassles (Bolger & Zuckerman, 1995; Breslau, Davis, & Andreski, 1995; Kendler, Gardner, & Prescott, 2003; Hutchinson & Williams, 2007; Magnus, Diener, Fujita, & Pavot, 1993; Ormel & Wohlfarth, 1991), até quando esta avaliação de neuroticismo se efectua na infância (Os, Park & Jones, 2001).

Magnus et al. (1983), num estudo longitudinal com jovens adultos, verificaram que o neuroticismo predispõe os indivíduos a experienciarem mais acontecimentos de vida negativos, enquanto a extroversão predispõe para a experiência de mais acontecimentos positivos. Os acontecimentos de vida não tiveram uma influência prospectiva na personalidade, que se manteve estável; desta forma, os autores consideram que se a personalidade revela esta influência na exposição a acontecimentos de vida, os acontecimentos de vida não poderão ser considerados uma fonte de influência independente da personalidade. Ormel e Wohlfarth (1991) encontraram que, além do neuroticismo avaliado anteriormente ter um forte efeito directo no mal-estar psicológico medido posteriormente, teve um efeito indirecto moderado através das dificuldades de longo prazo “endógenas” (que os sujeitos consideraram que podiam ter sido causadas pelo seu próprio comportamento) por eles reportadas; este dado sugeriu que as pessoas com elevado neuroticismo têm maior probabilidade de criar ou ver-se envolvidas em ambientes sociais nos quais as dificuldades se tornam relativamente frequentes.

Breslau et al. (1995) verificaram que os índices de exposição a acontecimentos traumáticos no passado apresentavam uma relação positiva e significativa com a exposição futura a este tipo de acontecimentos. Os autores afirmam que além de outros factores de risco psicossociais, indivíduos com pontuações elevadas no neuroticismo e extroversão têm maior probabilidade que os outros de exposição a acontecimentos traumáticos e estão em maior risco para PTSD, apoiando a assunção de que os acontecimentos traumáticos não são fenómenos aleatórios, mas sim influenciados pela personalidade. Bolger e Zuckerman (1995), avaliando especificamente a exposição a conflitos interpessoais, verificaram que os sujeitos com elevado neuroticismo experienciaram mais conflitos quotidianos e tinham maior probabilidade de apresentar

ira e depressão em resposta a estes conflitos. Kendler et al. (2003), num estudo de base populacional de larga escala com pares de gémeos, verificaram que o neuroticismo foi preditor significativo da ocorrência da maior parte dos acontecimentos de vida stressantes reportados, considerando que esta relação é largamente mediada por um conjunto comum de factores familiares, que predis põem tanto para um temperamento “difícil” como para adversidades ambientais.

Na análise destes resultados, coloca-se a questão de saber se os indivíduos com elevado neuroticismo vivenciam de facto mais acontecimentos de vida negativos, comparativamente aos outros, ou se estará em causa a existência de viés de recordação e interpretação das situações, associado a este traço de personalidade. Este viés poderia operar de diferentes formas, tais como: os indivíduos com neuroticismo mais elevado terem uma probabilidade superior de categorizar eventos quotidianos como hassles (Hutchinson & Williams, 2007); de reagir a um conjunto mais vasto de acontecimentos de forma mais negativa, assim associando-os a emoção negativa; menor probabilidade de recordar certos acontecimentos positivos e maior tendência para a recordação dos negativos (Magnus et al., 1983).

Bolger e Schilling (1991), num estudo em que foi solicitado a uma amostra de parceiros conjugais que classificassem como conflituais ou não determinadas situações vivenciadas, verificaram elevada concordância entre o casal nesta classificação, mesmo quando os dois parceiros diferiam nos níveis de neuroticismo. O facto de o nível de neuroticismo dos indivíduos não ter influenciado significativamente esta apreciação e classificação das situações levou os autores a considerar que a hipótese do viés de interpretação, devido a elevado neuroticismo, não se verificava. Assim, Bolger e Williams (1995) consideram que é muito provável que os indivíduos com elevado neuroticismo experienciem efectivamente mais conflitos (apesar da possibilidade de elevado neuroticismo conduzir também a maior probabilidade de interpretar os eventos como conflituais). Este aumento na exposição poderia acontecer através de três mecanismos: os seus elevados níveis de afecto negativo quotidiano conduziriam a problemas interpessoais; as suas estratégias inadequadas de coping com os conflitos levariam à perpetuação destes conflitos e/ou geração de novos conflitos; poderiam envolver-se em menos coping antecipatório e preventivo, resultando em maior exposição a stressores, incluindo conflitos.

Acontecimentos na infância e estruturação da personalidade. Em relação aos acontecimentos potencialmente traumáticos na infância, a maior parte da literatura restringe-se ao abuso, sexual e físico, não contemplando um conjunto mais vasto de acontecimentos.

Vários estudos têm verificado uma associação positiva entre a pontuação total de experiências potencialmente traumáticas na infância e resultados de personalidade na idade adulta, nomeadamente neuroticismo mais elevado (Allen & Lauterbach, 2007; McFarlane et al., 2005; Moran et al., 2011; Roy, 2002). Esta relação dá-se no que respeita ao abuso sexual infantil repetido (Moran et al.), abuso sexual e abuso e negligência física e emocional (Roy, 2002) e número total de acontecimentos potencialmente traumáticos na infância (McFarlane et al.). A investigação de Allen aponta para a importância da distinção entre trauma único e trauma repetido ou prolongado, visto que, embora ambos estivessem associados a neuroticismo mais elevado, comparativamente à ausência de trauma na infância, os indivíduos com trauma repetido apresentavam valores significativamente superiores que os que sofreram um único trauma. Paralelamente à evidência mais forte do neuroticismo, também se associa a experiência de acontecimentos potencialmente traumáticos na infância a menor amabilidade (Moran et al.), menor conscienciosidade (McFarlane et al.) e maior abertura à experiência (Allen & Lauterbach; McFarlane et al.).

No que respeita à relação entre acontecimentos potencialmente traumáticos na infância e perturbação da personalidade, a ênfase tem sido no abuso sexual e na perturbação estado-limite da personalidade. A maior parte dos estudos sobre esta relação centra-se no abuso sexual infantil e apenas um número extremamente reduzido de estudos integra acontecimentos potencialmente traumáticos de outro tipo, fora do âmbito do abuso e negligência. Especificamente em relação à perturbação estado-limite da personalidade, discute-se que embora a sua etiologia seja mais tradicionalmente associada ao abuso sexual infantil, os indivíduos que apresentam esta associação também tendem a reportar, para além do abuso sexual, níveis significativamente superiores de abuso físico, emocional e verbal na infância (Tyrka, Wyche, Kelly, Price, & Carpenter, 2009; Zanarini et al., 1997). Assim, para além da relação entre esta perturbação da personalidade e o abuso sexual, salienta-se também a relação com a negligência/abuso emocional (Helgeland & Torgersen, 2004; Igarashi et al., 2010).

Tyrka et al. identificaram uma associação entre abuso físico/sexual e abuso/negligência emocional e sintomas elevados (níveis sub-clínicos) de todos os três clusters de perturbações da personalidade. Moran et al. (2011) salientam a associação do abuso sexual infantil repetido com a existência de uma perturbação da personalidade, independentemente do tipo e Reich (1986) identifica a morte de um progenitor na infância como significativamente associada a perturbação anti-social da personalidade.

Acontecimentos ao longo da vida e influência na personalidade. De acordo com a teoria dos cinco factores da personalidade, o desenvolvimento dos traços de personalidade é governado por factores temperamentais ou genéticos e as alterações normativas ao longo da vida, commumente identificadas em múltiplos estudos e culturalmente transversais (como a tendência para um aumento na amabilidade, conscienciosidade e diminuição do neuroticismo) devem ser atribuídas a factores genéticos que definem esta propensão para evolução em direcções específicas. Costa, Herbst, McCrae e Siegler (2000) afirmam que existe pouca alteração significativa em qualquer traço da personalidade a partir da idade adulta e que a influência dos acontecimentos de vida nos traços da personalidade, avaliada na sua investigação longitudinal com uma vasta amostra, foi em geral muito reduzida. Assim, nesta perspectiva as experiências ambientais não têm influência significativa na evolução da personalidade, pois os traços têm enorme estabilidade na idade adulta e são relativamente impermeáveis à influência do ambiente (McCrae et al., 2000). Neste enquadramento, em qualquer tipo de investigação, os traços de personalidade só poderiam ser utilizados enquanto preditores (Roberts, Wood, & Smith, 2005).

Em contraste, outros autores advogam que existe evidência longitudinal de mudanças na personalidade na meia-idade e mesmo na terceira idade (Helson, Kwan, John, & Jones, 2002; Srivastava, John, Gosling, & Potter, 2003) e que há uma associação desta mudança a acontecimentos de vida. Neste âmbito, encontra-se a identificação de que a dominância aumenta com o aumento do sucesso ocupacional (Roberts, Robins, Caspi, & Trzesniewski, 2003, como citado em Roberts et al., 2005) e diminui com a ocorrência de divórcio, numa amostra feminina (Roberts, Helson, & Klohnen, 2002, como citado em Roberts et al., 2005).

Segundo Roberts et al. (2005) e Roberts, Walton e Viechtbauer (2006) os dados de investigação não parecem suportar o argumento de que a mudança nos traços de personalidade, especialmente na idade adulta, seja governada pela genética. Plomin e Nesselroade (1990), numa revisão da literatura, concluem que a alteração na personalidade durante a infância é largamente genética, mas na idade adulta a genética tem apenas uma ligeira influência nesta mudança, preponderantemente devida a factores ambientais. McGue, Bacon e Lykken (1993), num estudo longitudinal com pares de gémeos avaliados na adolescência tardia e enquanto jovens adultos, verificaram que a estabilidade na personalidade foi largamente devida a factores genéticos, enquanto aproximadamente metade da variância na personalidade entre os dois momentos foi associada a efeitos ambientais. Assim, os autores concluem que o núcleo estável da personalidade é fortemente associado a factores genéticos e as evoluções desenvolvimentais normativas devem-se mais a factores genéticos, mas as restantes mudanças individuais “não normativas” reflectem largamente a influência dos factores ambientais.

Assim, a imagem dos traços como fixos e imutáveis, sem qualquer dinamismo e não se desenvolvendo em resposta ao ambiente parece ser infundada (Caspi & Roberts, 2001; Roberts et al., 2005), sendo que a investigação mostra que “...os traços de personalidade demonstram níveis moderados de continuidade, mudanças normativas mais pequenas, mas significativas ainda e diferenças individuais na mudança, muitas vezes mais tarde no curso de vida do que o inicialmente esperado.” (Roberts et al., 2005, p.173). Os traços da personalidade são sem dúvida consistentes ao longo do tempo, mas, o facto de existir consistência não anula o espaço para a mudança, pois continuidade e mudança podem ocorrer em simultâneo (Roberts et al., 2006).

Caspi e Roberts (2001) reflectem sobre a personalidade no âmbito da continuidade e mudança, apresentando os processos que promovem a continuidade, no contexto das transacções pessoa-ambiente. Em primeiro lugar, os indivíduos seleccionam e/ou criam os seus contextos interaccionais, muitas vezes tentando seleccionar ambientes que pareçam totalmente adequados à sua personalidade e, ao fazê-lo, reforçam a continuidade (transacções proactivas). Desta forma, as diferenças de personalidade influenciam a exposição das pessoas aos diferentes eventos. Em segundo lugar, as diferenças de personalidade moldam as reacções das pessoas aos eventos

(transações reactivas), envolvendo-se aqui os processos cognitivos, de duas formas: 1) existem atitudes antecipatórias que levam os indivíduos a projectar interpretações nas novas relações sociais em que se envolvem, atitudes estas que estão relacionadas com os traços de personalidade que caracterizam o indivíduo; 2) os indivíduos transferem respostas afectivas desenvolvidas no contexto de relações prévias para novas relações e estas respostas afectivas estão relacionadas com os traços da personalidade. Por fim, as diferenças de personalidade evocam diferentes comportamentos por parte dos outros (transacções evocativas). Relativamente aos processos que promovem a mudança, os autores referem a resposta às contingências do meio, salientando que mesmo os ambientes que parecem mais adaptados às características de personalidade de quem os seleccionou podem exigir alguma adaptação e mudança de papel.

Por fim, vários estudos de âmbito longitudinal apresentam resultados que parecem apontar para uma relação algo circular entre personalidade e acontecimentos de vida. Middentorp, Cath, Beem, Willemsen e Boomsma (2008), num estudo de larga escala com pares de gémeos, verificaram que as pontuações no neuroticismo aumentaram após exposição a acontecimentos de vida potencialmente traumáticos e que, simultaneamente, o neuroticismo também se revelou preditor da experiência deste tipo de acontecimentos. Specht, Egloff e Schmukle (2011), com amostra heterogénea abrangendo toda a idade adulta, verificaram que os indivíduos com elevado neuroticismo tendiam a experienciar mais acontecimentos negativos e que os com maior extroversão tendiam a experienciar mais acontecimentos positivos, confirmando-se assim a importância superior dos denominados *efeitos de selecção*, uma vez que a personalidade foi substancialmente preditora da ocorrência de vários acontecimentos de vida significativos. No entanto, os acontecimentos de vida também tiveram alguma influência na evolução da personalidade, confirmando-se também a importância, embora menor, dos *efeitos de socialização*.

Finalmente, Sutin, Costa, Wethington e Eaton (2010) enfatizam a importância da interpretação dos acontecimentos, para além da mera ocorrência dos mesmos. No seu estudo com amostra de meia-idade, em que os participantes relataram o acontecimento de vida mais stressante que vivenciaram nos últimos 10 anos e indicaram se o consideravam um ponto de viragem e/ou uma lição aprendida, verificou-se o seguinte: tendencialmente, os indivíduos que anteriormente tinham sido identificados como

elevados em neuroticismo tenderam a perceber o acontecimento como um ponto de viragem, enquanto os extrovertidos o percebiam como uma lição aprendida. Paralelamente, perceber o evento como um ponto de viragem negativo foi associado a aumentos no neuroticismo, enquanto percebê-lo como uma lição aprendida foi associado a aumentos na extroversão e conscienciosidade. Sendo que as características dos eventos não foram primariamente relacionadas com alteração nos traços, parece plausível que a interpretação dos acontecimentos potencialmente stressantes pode ter maior peso do que a mera exposição aos mesmos.

Em conclusão, no que se refere à influência da personalidade nos acontecimentos de vida, existe literatura considerável que estabelece uma relação entre a predominância de certas dimensões da personalidade e o grau de exposição a acontecimentos de vida negativos, assim como com a reacção e resposta aos mesmos. Na direcção oposta, da influência dos acontecimentos de vida na personalidade, a literatura é muito concordante no que se refere à infância e ao impacto que acontecimentos de vida adversos numa fase precoce da vida podem ter na estruturação da personalidade. Por fim, no que respeita à influência dos acontecimentos de vida na personalidade em fases posteriores da vida, existe, por um lado, uma ênfase na relativa imutabilidade dos traços e impermeabilidade ao impacto dos acontecimentos, face a uma outra perspectiva que realça o papel dos acontecimentos de vida na evolução da personalidade individual. Embora surgindo como predominante o poder preditor da personalidade, parece haver alguma evidência da circularidade desta relação.

Fibromialgia: Personalidade e acontecimentos de vida

Abordagem biopsicossocial da fibromialgia. A abordagem à relação entre personalidade, acontecimentos potencialmente traumáticos e fibromialgia enquadra-se numa conceptualização biopsicossocial da fibromialgia. Eich et al. (2000) postulam a necessidade de um modelo biopsicossocial complexo para a explicação do curso e etiologia da síndrome de fibromialgia, definindo que a combinação de diferentes factores etiológicos conduzem à fibromialgia como uma “via comum final” e que os

factores fisiológicos, psicológicos e sociais interagem de diferentes formas e em diferentes estádios; neste modelo, os factores psicológicos não estão restritos apenas a um determinado período no desenvolvimento da síndrome, esperando-se que sejam relevantes a diferentes níveis etiológicos: como factores predisponentes (não necessariamente causais), desencadeantes e de manutenção. Enquanto factores predisponentes, poderíamos encontrar condições familiares desfavoráveis na infância, experiências infantis adversas (e.g., história de abuso sexual ou físico), acontecimentos de vida stressantes, traumas e lesões que, segundo os autores, possuem uma influência formativa no desenvolvimento do sistema locomotor e conduzem, em interação com stress posterior, a estados disfuncionais. Estas experiências negativas na infância teriam efeitos psicológicos de longo prazo, que se constituiriam como factores de vulnerabilidade. Os factores desencadeantes são os que precedem directamente o início da dor, contribuindo para a acumulação de níveis de stress consideráveis que podem desencadear perturbações psicológicas, sendo na maior parte dos casos acontecimentos percebidos pelos pacientes como claramente definidos no tempo e situação (e.g., perda de relações significativas, acontecimentos ameaçadores da vida, alterações decisivas nas condições de vida, doença física severa). Por fim, os factores de manutenção são as condições que podem contribuir para a cronicidade, num ciclo de auto-perpetuação dos sintomas.

Van Houdenhove e Egle (2004) consideram que o mecanismo patofisiológico subjacente à síndrome de fibromialgia pode incluir perturbações complexas e interrelacionadas de diferentes partes do sistema do stress. Neste âmbito, contextualizam a síndrome de fibromialgia na sua relação com o stress, definindo um modelo biopsicossocial que integra os factores predisponentes, desencadeantes e de manutenção da síndrome. Os autores consideram que, pelo menos em alguns pacientes, a vulnerabilidade à fibromialgia pode ser baseada numa hiperresponsividade ao stress geneticamente determinada e que esta predisposição genética, ao interagir com factores ambientais e desenvolvimentais desfavoráveis (tais como experiências precoces adversas), conduziria a sensibilização adicional do sistema de resposta ao stress e disfunção, em particular, do eixo HPA (Van Houdenhove, Luyten, & Egle, 2009). Assim, as experiências traumáticas poderiam aumentar a vulnerabilidade para a fibromialgia através de diferentes vias que interagem entre si, contribuindo para a

disfunção do eixo HPA e para perturbação da personalidade, tendo como resultado final um coping inadequado com o stress e um risco aumentado de estilos de vida disfuncionais e relações insatisfatórias.

Especificamente, um aspecto de personalidade como uma elevada “propensão para a acção”, por promover um estilo de vida “hiperactivo”, poderia desempenhar um papel etiológico aos três níveis: predisponente, desencadeante (causando stress físico e mental de longa duração que pode conduzir, eventualmente, a disfunção neuroendócrina e imunológica) e de manutenção, por propiciar uma “estratégia auto-incapacitante” face às novas limitações funcionais ou originar estimulação crónica, hiperventilação e perturbações do ciclo sono-vigília (Van Houdenhove, Neerinckx, Onghena, Lysens, & Vertommen, 2001).

A acumulação de stress físico e/ou psicossocial pode precipitar o surgimento da síndrome, sugerindo-se que este surgimento poderia ser facilitado por uma alteração no sistema de stress, implicando uma incapacidade de responder adequadamente a novos stressores e podendo dar lugar a perturbação de longo prazo dos mecanismos de regulação do stress, do processamento da dor e imunológicos (Van Houdenhove & Egle, 2004). No entanto, a evidência sobre o papel desencadeante dos acontecimentos de vida é escassa e de alguma forma conflitual, com discrepâncias devido a diferenças e/ou falhas metodológicas entre os estudos que deixam questões por resolver (Van Houdenhove et al., 2009).

Finalmente, segundo os autores, vários factores relacionados com o stress podem contribuir para a manutenção e perpetuação dos sintomas e disfuncionalidade, tais como ansiedade contínua, depressão, irritabilidade, preocupação, catastrofização, hipervigilância somática, comportamento inadequado de procura de cuidados de saúde e falta de suporte social por não aceitação e legitimação da síndrome. Outros aspectos, como o descondicionamento físico, retraimento social, ganho secundário e disputas médico-legais podem favorecer o curso crónico da fibromialgia.

Este modelo biopsicossocial da relação entre fibromialgia e stress prediz que devem ser distinguidos diferentes subgrupos de pacientes com fibromialgia, devido ao peso relativo dos factores predisponentes, desencadeantes e de manutenção e a variações subtis nos mecanismos patofisiológicos.

Em 2007, Van Houdenhove e Luyten definem a fibromialgia como uma “síndrome de intolerância ao stress e hipersensibilidade à dor”, assumindo um processamento patológico da dor e reflectindo a persistente incapacidade dos pacientes para tolerar e recuperar adequadamente de diferentes tipos de stressores. Os autores defenderam a hipótese de que a patogénese da fibromialgia poderia envolver uma mudança do eixo HPA de um estado de “sobre-estimulação” para um estado de “sub-estimulação”, após um período crónico ou intenso de stress físico e/ou psicológico. A resultante hipofunção do eixo HPA poderia promover actividade inflamatória anómala, induzindo sintomas fisiológicos e o aumento de letargia e fadiga, perda de concentração, hiperalgesia e hipersensibilidade generalizadas a todo o tipo de stressores físicos e mentais e forte tendência para o afastamento de estímulos ambientais. Em relação à dor, outras disfunções podem também desempenhar um papel na redução do limiar da dor nestes pacientes, como um inadequado controlo descendente da dor, alterações neuroplásticas na medula espinal e cérebro e factores comportamentais,

Segundo Van Houdenhove et al. (2009), embora o conhecimento das condições exactas pelas quais o stress pode desempenhar um papel predisponente, desencadeante e/ou de manutenção da fibromialgia permaneça fragmentário, só no âmbito da investigação sobre esta temática poderá ser obtida uma compreensão biológica e psicológica desta síndrome. Os autores consideram que deve haver investigação sobre as interacções recursivas entre os stressores e factores de personalidade e o papel predisponente, desencadeante e/ou perpetuante que estas interacções desempenham na fibromialgia.

Smith et al. (2009) consideram que existem pelo menos três grandes questões que têm que ser colocadas, no que respeita ao papel do stress na fibromialgia: se a fibromialgia está relacionada com uma exposição aumentada ao stress, com uma reactividade aumentada ao stress e, se o stress e a saúde das pessoas com fibromialgia estão relacionados com a experiência de acontecimentos traumáticos (considerando-se que os acontecimentos traumáticos poderiam ser um factor predisponente, tanto para stress mais elevado como para pior saúde nesta síndrome). A partir dos resultados do seu estudo comparativo entre mulheres com fibromialgia e mulheres saudáveis, os autores postulam que a fibromialgia é uma “perturbação relacionada com stress” na medida em que envolve exposição aumentada ao stress, pois as pacientes tiveram mais

acontecimentos traumáticos, sobretudo abuso infantil que, por sua vez, foi preditor da existência de abuso na idade adulta. No entanto, consideram que a fibromialgia pode também ser uma “perturbação de vulnerabilidade ao stress”, já que os acontecimentos traumáticos se relacionaram com pior saúde física e mental no grupo com fibromialgia mas não tiveram relação com a saúde no grupo de controlo. Assim, hipotetizam que embora a fibromialgia possa envolver maior exposição a acontecimentos traumáticos passados, pode implicar também uma reactividade aumentada a estes eventos, que assim potencia os efeitos duradouros dos acontecimentos traumáticos no stress e saúde destas mulheres. No mesmo sentido, Ciccone, Elliott, Chandler, Nayak e Raphael (2005), ao referirem que as mulheres com fibromialgia reportaram maior percepção de ameaça relativamente à sua experiência de abuso (embora, com excepção da violação, não reportassem maiores níveis de abuso que as mulheres sem fibromialgia), colocam a hipótese de que este nível superior de ameaça poderia ser devido a uma amplificação de sintomas, não relacionada com a frequência do abuso em si.

No âmbito da conceptualização sobre a relação entre exposição a acontecimentos potencialmente traumáticos e fibromialgia, torna-se relevante a menção à PTSD (embora não se inclua no âmbito do presente estudo). Vários estudos têm encontrado uma elevada prevalência de PTSD em pacientes com fibromialgia, correspondente a mais de metade da amostra (Cohen et al., 2002; Sherman, Turk, & Okifuji, 2000), sendo uma prevalência significativamente mais elevada que na população geral; no mesmo sentido, tem sido encontrada uma prevalência de fibromialgia significativamente superior em pacientes com diagnóstico de PTSD, comparativamente a grupo de controlo sem PTSD (Amir et al., 1997; Amital et al., 2006). No estudo de Ciccone et al. (2005), de base comunitária, as mulheres com fibromialgia tinham maior probabilidade de ter um diagnóstico de PTSD que as mulheres sem fibromialgia e os efeitos da violação enquanto preditora da fibromialgia, foram mediados pela presença de stress crónico na forma de PTSD.

Um importante estudo prospectivo de base comunitária identificou que a probabilidade de ter PTSD, numa amostra feminina com algum grau de exposição ao ataque terrorista de 11 de Setembro de 2001, avaliada antes e seis meses após o mesmo, era mais de três vezes superior nas mulheres que tinham sintomas de fibromialgia, no seguimento (Raphael, Janal, & Nayak, 2004). Os autores, confirmando a elevada

comorbilidade entre sintomas de PTSD e sintomas de fibromialgia, excluem a hipótese de que a fibromialgia seja um factor de risco para a PTSD, na medida em que os sintomas de fibromialgia na linha de base não contribuíram para a relação entre sintomas de fibromialgia e PTSD na avaliação posterior. É enfatizado que a elevada prevalência de PTSD em pacientes com fibromialgia não é acompanhada por uma taxa igualmente elevada de exposição a acontecimentos potencialmente traumáticos nesta população; assim, os autores explicam esta discrepância pelo facto de as mulheres com fibromialgia terem especial risco de PTSD devido a uma propensão biológica ou constitucional para esta perturbação, independentemente do grau de exposição a acontecimentos potencialmente traumáticos. Deste modo, perante níveis de exposição a acontecimentos potencialmente traumáticos semelhantes aos de mulheres sem fibromialgia, as mulheres com fibromialgia apresentariam maior vulnerabilidade. Esta hipótese é consistente com a conceptualização da fibromialgia como parte de uma síndrome do espectro afectivo, na qual existiria um risco constitucional partilhado para várias síndromes específicas, incluindo fibromialgia, PTSD e depressão (Raphael, Janal, e Nayak). Dado que apenas uma reduzida percentagem dos indivíduos expostos a acontecimentos potencialmente traumáticos desenvolve fibromialgia e/ou PTSD, Raphael, Janal, Nayak, Schwartz e Gallagher (2006) consideram que a principal variável causal poderia residir nas predisposições individuais (nomeadamente em anomalias do eixo HPA), mais do que na exposição a stressores ambientais. Neste enquadramento, para os autores, a fibromialgia (tal como a PTSD) seria melhor caracterizada como uma perturbação de “vulnerabilidade ao stress” do que como um “perturbação de stress”.

Personalidade e fibromialgia. Iniciamos esta secção com a abordagem aos estudos que avaliam a personalidade através do MMPI/MMPI-2, na medida em que são os dados de importância preponderante para o presente estudo, que utiliza o mesmo instrumento. Neste âmbito, iniciamos a abordagem a subgrupos de perfis identificados em amostras com fibromialgia de contexto de cuidados de saúde secundários (ou fibrosite, sendo esta a nomenclatura em vigor antes do estabelecimento dos critérios de diagnóstico da fibromialgia pelo Colégio Americano de Reumatologia, em 1990). Ahles, Yunus, Riley, Bradley e Masi (1984) partiram dos critérios utilizados por

Bradley et al. (1978) na classificação dos doentes com dor lombar crónica em quatro subgrupos, segundo as pontuações nas escalas clínicas do MMPI e dividiram os pacientes com fibromialgia em três grupos: o grupo de perfil normal, sem nenhuma pontuação clinicamente significativa; o grupo com perfil típico da dor cónica (conjugando os indivíduos com elevações na hipocondria e histeria (perfil V de conversão) e os indivíduos com elevações na hipocondria, depressão e histeria (perfil neurótico); o grupo com elevações significativas num mínimo de quatro escalas (perfil psicopatológico). Verificou-se que 36% dos pacientes se enquadravam na normalidade, 33% tinham um perfil típico de dor crónica e 31% enquadravam-se no perfil de perturbação psicológica. Yunus, Ahles, Aldag e Masi (1991), com uma amostra semelhante, identificaram que aproximadamente 41% se encaixavam no perfil normal, 46% no de dor crónica e 12% no perfil de perturbação.

Porter-Moffitt et al. (2006) verificaram que 55.8% do grupo com fibromialgia enquadrava-se no perfil psicopatológico, nomeado “flutuante”, com elevações na maior parte das escalas clínicas, considerando os autores que as pessoas com este perfil estão frequentemente em sofrimento emocional por não terem um mecanismo de defesa particular para lidar com as situações, não conseguindo fazê-lo com eficácia.

Com amostra de contexto dos serviços de saúde mental, maioritariamente feminina, Claros et al. (2006) identificaram apenas dois grupos, sendo claramente maioritário o grupo correspondente ao perfil psicopatológico (68%), com elevações clinicamente significativas em sete das escalas clínicas e nas escalas de conteúdo preocupações com a saúde, depressão, interferência laboral, ansiedade, baixa auto-estima e indicadores negativos para tratamento. O outro grupo, com o perfil V de conversão, correspondeu a 32% da amostra.

Comparando os subgrupos de perfis obtidos através do MMPI/MMPI-2, ao nível de outros aspectos clínicos e psicológicos, Yunus et al. (1991) verificaram que os aspectos clinicamente centrais da fibromialgia (número de locais de dor, número de pontos dolorosos, fadiga e sono deficitário) foram independentes do estado psicológico, na medida em que estas medidas não correlacionaram com os três subgrupos MMPI (acima descritos) nem com as escalas individuais. No entanto, uma análise discriminante identificou quatro variáveis (depressão, ansiedade, stress e severidade da

dor auto-reportada) que, em conjunto, foram preditoras da pertença aos diferentes perfis MMPI. Desta forma, os autores consideraram que, combora os aspectos clínicos centrais que caracterizam a fibromialgia tenham pouca relação com o estado psicológico, os factores psicológicos podem ter maior influência na severidade da dor. O grupo com perfil psicopatológico identificado por Claros et al. (2006) teve valores significativamente superiores de ansiedade-traço, ansiedade-estado e depressão, avaliados por outros instrumentos, comparativamente ao grupo com perfil de dor crónica e este, por sua vez, teve valores significativamente superiores a um grupo de controlo saudável (que se havia caracterizado por um perfil de MMPI normal, sem elevações das escalas clínicas). Segundo os autores, no grupo com perfil típico da dor crónica, a sintomatologia psiquiátrica que apresentam pode ser entendida como reactiva ou adaptativa face às dificuldades que os sintomas da fibromialgia pressupõem. Estas pessoas, sendo caracterizadas como algo dependentes face aos outros, inibidas, com tendência para evitamento das responsabilidades e aumento dos sintomas físicos face ao stress, têm no entanto o desejo de se sobrepôr aos sintomas e apresentam competência social. Diferencialmente, no grupo com perfil psicopatológico, a fibromialgia poderia explicar-se como uma somatização que estaria na base de uma maior perturbação mental e da personalidade, sendo pessoas que canalizariam um elevado mal-estar psicológico através da dor.

Relativamente a comparação específica entre grupo com fibromialgia e grupo com artrite reumatóide, verifica-se predominantemente uma pontuação superior dos doentes com fibromialgia, nomeadamente nas escalas hipocondria e histeria e em várias das restantes escalas clínicas que remetem para maior psicopatologia (psicopatia, paranóia, psicastenia, esquizofrenia e hipomania), quer em amostra de pacientes hospitalizados, quer em ambulatório (Ahles et al., 1984; Payne et al., 1982; Wolfe et al., 1984). Utilizando uma versão reduzida do MMPI-2, apenas com as escalas hipocondria, depressão e histeria, Ardiç e Toraman (2002) encontraram níveis significativamente superiores de depressão no grupo com fibromialgia e relação linear entre estes níveis e a duração dos sintomas de dor neste grupo. O perfil V de conversão foi preponderante e encontrado de forma similar nas pacientes com fibromialgia e nas pacientes com dor lombar crónica, mas não no grupo com artrite reumatóide, que se caracterizou por um padrão descendente das pontuações, mais elevado na hipocondria e progressivamente

menor na depressão e histeria. Ainda em termos comparativos, apenas 28% do grupo com fibromialgia se enquadrou no perfil considerado normal, comparativamente a 51-60% do grupo de artrite reumatóide (Wolfe et al., 1984) e, enquanto 6.9% deste grupo se enquadrou no perfil de perturbação psicológica, 31% do grupo com fibromialgia enquadrou-se neste perfil (Ahles et al., 1984).

Payne et al. (1982) verificaram a existência de maior variabilidade nos perfis do grupo com fibromialgia que nos perfis do grupo com artrite reumatóide, levando os autores a considerar que os pacientes de fibromialgia formam uma população psicologicamente heterogénea, provavelmente não se assemelhando grandemente entre si, excepto nas suas queixas físicas e no facto de apresentarem perturbação psicológica.

No que respeita a comparação com outros grupos dolorosos, com dor não generalizada, o grupo com fibromialgia apresentou pontuações significativamente mais elevadas nas escalas clínicas hipocondria, depressão, histeria, psicastenia, esquizofrenia e introversão social (Trygg, Lundberg, Rosenlund, Timpka, & Gerdle, 2002) ou apenas nas escalas psicopatia, paranóia, psicastenia e esquizofrenia (Pérez-Pareja, Sesé, González-Ordi, & Palmer, 2010). Porter-Moffitt et al. (2006), numa comparação entre fibromialgia e seis grupos com outras condições dolorosas não generalizadas, identificaram que grupo de fibromialgia teve uma pontuação média significativamente mais elevada na hipocondria, depressão e psicastenia. Relativamente aos quatro tipos de perfis (acima descritos), o grupo de fibromialgia teve significativamente menos indivíduos no perfil normal e significativamente mais indivíduos na tríade neurótica.

No âmbito de estudos com as dimensões de personalidade enquadradas no modelo dos cinco factores e similares, de comparação entre fibromialgia e artrite reumatóide, têm sido encontrados valores significativamente superiores de neuroticismo no grupo com fibromialgia (Besteiro et al., 2008; Walker et al., 1997b). No estudo de Satalino (2008), comparando um grupo com fibromialgia com pacientes com doença de Lyme (cujos sintomas incluem dor e inflamação muscular e em que persiste falta de clareza quanto ao diagnóstico), ambos apresentaram elevado neuroticismo e stress percebido mas os pacientes com fibromialgia tiveram níveis mais baixos de extroversão. Zautra et al. (2005) identificaram níveis significativamente mais baixos de extroversão no grupo com fibromialgia, comparativamente a um grupo com osteoartrite.

Em comparação com grupo de controlo saudável, os estudos revelam neuroticismo mais elevado na fibromialgia (Malt, Olafsson, Lund, & Ursin, 2002; Martin, Luque, Solé, Mengual, & Granados, 2000; Martin-McAllen, 1997), sendo que elevada pontuação de dor foi associada a elevado neuroticismo e a outros factores de âmbito fisiológico.

Em grupos unicamente constituídos por pacientes com fibromialgia, os resultados vão no sentido de elevado neuroticismo, significativamente superior aos valores normativos de referência (Epstein et al., 1999; Gaviria et al., 2006; Villalpando, Sotres, Manning, & González, 2005), elevado afecto negativo/labilidade emocional (Haspel-Johnson, 2000) e baixos níveis de extroversão (Haspel-Johnson, 2000). Em sentido diferente, no estudo de Gaviria et al. (2006) a amostra obteve pontuações na extroversão e no psicoticismo similares aos valores normativos e as características de personalidade não correlacionaram nem com a dor percebida, nem com as estratégias de coping.

No que respeita a outros modelos relativos à personalidade, em comparação com artrite reumatóide, Ekselius, Bengtsson e Von Knorring (1998) verificaram que o grupo com fibromialgia teve pontuações significativamente mais elevadas nas escalas relativas a ansiedade somática, tensão muscular e psicastenia, enquanto a pontuação na ansiedade psíquica não foi significativamente elevada. Desta forma, os autores concluem que os pacientes com fibromialgia são caracterizados por uma elevada propensão para a ansiedade que se expressa em sintomas físicos, dificuldades em relaxar e fadiga fácil.

Van Houdenhove et al. (2001), com uma amostra de pacientes de fibromialgia de contexto terciário, efectuaram numa avaliação respeitante à dimensão “propensão para a acção”, através de auto-relato por parte dos pacientes e do hetero-relato por parte do seu “outro significativo” (parceiro(a) ou um progenitor, no caso de não ter parceiro). Verificou-se que as pontuações nesta dimensão foram significativamente mais elevadas que os valores normativos, sendo na generalidade concordantes entre o auto e o hetero-relato. Os autores consideram que estes resultados fornecem mais apoio à hipótese de que um elevado nível de propensão para a acção pode desempenhar um papel predisponente, desencadeante e/ou perpetuante na fibromialgia.

Em estudos de comparação com grupo de controlo saudável, Lundberg, Anderberg e Gerdle (2009) verificaram que o grupo com fibromialgia teve níveis mais

elevados de evitamento do perigo e de persistência e níveis mais baixos de auto-determinação. O elevado do evitamento do perigo corresponde a tendência para reagir com maior ansiedade e pensamentos pessimistas às frustrações quotidianas, assim como antecipação de problemas futuros e fadiga fácil. A persistência corresponde a perseveração perfeccionista, esforço e procura de excelência. A baixa auto-determinação está associada a negação da responsabilidade individual, desamparo e falta de confiança na capacidade de resolver problemas. Os resultados do estudo de Anderberg, Forsgren, Ekselius, Marteinsdottir e Hallman (1999) mostraram que 82% dos pacientes com fibromialgia tinham um tipo de temperamento com elevado evitamento do perigo, tendo pontuado significativamente mais alto nesta variável, independentemente da existência de perturbação psiquiátrica concomitante. Segundo os autores, este traço tem tanta probabilidade de ser uma causa como uma consequência da fibromialgia e, conjugado com percepção de mal-estar adicional, pode conduzir ao estado de stress que muitas vezes caracteriza os pacientes com fibromialgia e contribuir para a sua manutenção.

Relativamente à existência de perturbações da personalidade, em comparação com grupo de controlo saudável, as perturbações da personalidade obsessivo-compulsiva, evitante e passiva-agressiva foram mais frequentemente identificadas no grupo com fibromialgia, sendo que 31.1% dos pacientes apresentavam pelo menos uma perturbação da personalidade (Uguz et al., 2010).

No sentido contrário, de identificar morbilidade somática em população com diagnóstico de perturbação da personalidade, Olsson e Dahl (2009), numa amostra comunitária classificada como tendo alguma perturbação da personalidade, verificaram que uma proporção maior destes casos reportava ter fibromialgia, comparativamente a grupo de controlo saudável.

Em grupo só com fibromialgia, Rose et al. (2009) identificaram uma elevada prevalência de perturbações da personalidade, sendo que 46.7% receberam pelo menos um diagnóstico de perturbação da personalidade, sendo preponderante a perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade, seguida da perturbação estado-limite da personalidade (16.7%). Villalpando, Sotres, Manning e González (2005) encontraram uma média de 1.8 perturbações da personalidade por paciente, sendo as mais frequentes

a perturbação histriónica, estado-limite, passivo-agressiva e esquizóide. No entanto, Thieme, Turk e Flor (2004), verificaram que a frequência média de perturbações da personalidade no grupo de pacientes com fibromialgia foi de apenas 8.7%.

Em conclusão, no âmbito da avaliação da personalidade, com instrumentos derivados de diferentes modelos relativos à personalidade, a grande maioria das investigações relata resultados mais desfavoráveis no grupo com fibromialgia, comparativamente, quer a outras doenças dolorosas, quer a população saudável. Esta tendência revela-se, tanto no que respeita a dimensões normativas da personalidade (valores mais elevados em dimensões associadas a maior negativismo, stress e disfuncionalidade), como no âmbito de aspectos mais psicopatológicos da personalidade e na prevalência de perturbações da personalidade. Por sua vez, no seio do grupo com fibromialgia, as investigações parecem apontar para alguma heterogeneidade nos perfis de personalidade, sendo os perfis mais psicopatológicos associados a maior dor e disfuncionalidade.

Acontecimentos de vida potencialmente traumáticos e fibromialgia.

Relativamente à investigação existente sobre exposição a acontecimentos potencialmente traumáticos e fibromialgia, a grande maioria dos estudos centra-se no abuso físico/sexual, sobretudo na infância, não contemplando outro tipo de acontecimentos potencialmente traumáticos.

Iniciando a abordagem aos estudos sobre a exposição na infância, em comparação específica com grupo com artrite reumatóide, verificam-se níveis significativamente superiores de negligência e abuso no grupo com fibromialgia (Naring, Van Lankveld, & Geenen, 2007), maior abuso físico e sexual e probabilidade de reportar uma história de múltiplos abusadores sexuais, maior duração do abuso sexual e abuso físico mais violento (Carpenter et al., 1998). Walker et al. (1997b) verificaram que o grupo com fibromialgia apresentou níveis superiores e de maior severidade de negligência e de abuso emocional, físico e sexual, assim como uma percepção de maior infelicidade na infância. A pontuação total do mau-trato infantil correlacionou significativamente com quase todas as medidas de disfunção psicológica

e física (sintomas de somatização, qualidade do sono, stress, incapacidade física e número de diagnósticos psiquiátricos ao longo da vida) nos pacientes com fibromialgia, mas não nos pacientes com artrite reumatóide; este dado levou os autores a sugerir que além do trauma físico, sexual e emocional poder ser um factor importante no desenvolvimento e manutenção da fibromialgia, a relação entre fibromialgia e vitimização pode ser um exemplo específico de uma associação mais vasta, entre vitimização e somatização.

Torres, Troncoso e Castillo (2006) verificaram que as pacientes com fibromialgia apresentavam superior mau-trato parental na infância, físico e verbal e embora apresentassem o mesmo nível de dor, tinham maiores níveis de depressão na actualidade e menor utilização de qualquer tipo de estratégia de coping, quer focada no problema, quer focada na emoção. Os autores hipotetizam que estes resultados são explicados pela dificuldade que os pacientes com fibromialgia têm em encontrar a componente física da sua doença, que conduza a acções terapêuticas concretas, assim sentindo desesperança face à baixa eficácia das acções terapêuticas, conjugada com a marca dos maus-tratos na infância.

Relativamente a comparação com outros grupos com dor crónica, Goldenberg, Pachas e Keith (1999), comparando um grupo com fibromialgia com três grupos dolorosos (dor facial, dor miofascial e grupo heterogéneo), encontraram uma prevalência geral muito elevada de história de abuso infantil, excedendo os 48%, assim como de alcoolismo familiar. No entanto, embora as diferenças não fossem estatisticamente significativas, o grupo com fibromialgia apresentou valores superiores em todos os tipos de abuso (sexual, físico e verbal), mais doenças na família e separação dos progenitores e maior prevalência de uma história combinada de dor, abuso infantil e alcoolismo familiar. Imbierowicz e Egle (2003), comparando um grupo de mulheres com fibromialgia com um grupo com dor crónica medicamente explicada, identificaram nas pacientes com fibromialgia uma pontuação muito superior num conjunto de adversidades infantis, nomeadamente falta de afecto emocional e físico por parte dos progenitores, problemas de adicção da mãe, confronto físico entre os progenitores, separação dos progenitores e uma situação financeira deficitária.

Em comparação com grupo de controlo saudável, Smith et al. (2009) verificaram que as mulheres com fibromialgia tinham níveis significativamente superiores de abuso infantil, que se revelou preditor da existência de abuso na idade adulta. Anderberg, Marteinsdottir, Theorell e Von Knorring (2000) identificaram que mais do dobro das mulheres com fibromialgia reportava experiência de pelo menos um acontecimento de vida adverso na infância ou adolescência, comparativamente ao grupo de controlo, destacando-se o abuso físico ou psicológico, negligência, morte de um progenitor e ser vítima de *bullying*. Relativamente ao impacto destes acontecimentos de vida experienciados, quase o dobro das mulheres com fibromialgia os classificava como tendo impacto muito negativo, em comparação com o grupo de controlo. Discutindo esta questão à luz de literatura que identifica características de personalidade nas pessoas com fibromialgia que são associadas a elevada ansiedade e depressão (nomeadamente elevado evitamento do perigo), os autores colocam a dupla hipótese: as pessoas com fibromialgia podem relatar mais acontecimentos negativos e maior impacto negativo dos mesmos por terem maiores níveis de sensibilidade e ansiedade, ou, terem efectivamente experienciado acontecimentos mais severos, o que poderia influenciar os traços de personalidade no sentido de maior ansiedade, sensibilidade e inibição.

Em amostras constituídas apenas por pacientes com fibromialgia, verificou-se uma relação positiva entre maior disfuncionalidade actual e história de abuso, negligência e outros acontecimentos potencialmente traumáticos na infância e adolescência (Spiess, 2003) e, o abuso e negligência infantis auto-reportados como preditores de maior severidade da fibromialgia, sendo a negligência ainda mais preditora da perda de funcionalidade que o abuso (Filippon, 2008). Na medida em que esta associação foi ainda mais pronunciada nas pacientes não deprimidas, comparativamente às com depressão, o autor considera que isto sugere que na presença de trauma infantil, enquanto certas pessoas expressam as consequências do trauma de forma psicológica (desenvolvendo depressão), outras podem tender a fazê-lo de um modo somático, através de maior perda de funcionalidade física.

McBeth, Macfarlane, Benjamin, Morris e Silman (1999), com uma amostra de base comunitária incluindo apenas pessoas com disfunção psicológica, previamente avaliada, verificaram uma associação positiva entre a exposição a um conjunto de experiências infantis adversas e a maior número de pontos dolorosos, múltiplos

sintomas físicos e elevada fadiga física e mental. Os indivíduos com maior número de pontos dolorosos reportaram de forma superior a perda de um progenitor, separação parental, hospitalização, doença na família e *overdoses* de droga na família e o abuso sexual infantil foi o maior preditor de um número de pontos dolorosos igual ou superior a cinco.

Finestone et al. (2000), comparando um grupo de mulheres que frequentavam um grupo de apoio a vítimas de abuso sexual infantil com um grupo de controlo que não reportava abuso sexual na infância, identificaram que 69% das mulheres do primeiro grupo reportavam uma condição dolorosa crónica (comparativamente a 43% do grupo de controlo) e apresentaram maior número de áreas dolorosas, mais dor difusa e diagnóstico de fibromialgia.

No que se refere aos acontecimentos potencialmente traumáticos ao longo da vida, em comparação especificamente com grupo total ou maioritariamente constituído por pacientes com artrite reumatóide, verifica-se no grupo com fibromialgia maior prevalência de agressão física e sexual enquanto adulta e de abuso repetido na idade adulta relativamente ao sofrido na infância (Walker et al., 1997b), maior abuso físico e sexual isolados e em combinação e de maior severidade (Boisset-Pioro, Esdaile, & Fitzcharles, 1995) e predomínio de abuso de longa duração (Castro et al., 2005).

Van Houdenhove et al. (2001), comparando dois grupos mistos de pacientes entre si (um grupo constituído por pacientes com fibromialgia e pacientes com fadiga crónica e outro grupo com pacientes com artrite reumatóide e pacientes com esclerose múltipla), verificaram que o primeiro grupo reportava significativamente mais abuso e negligência emocional e abuso físico. Relativamente ao impacto emocional dos diferentes tipos de vitimização, o primeiro grupo apresentou níveis significativamente superiores no que respeita à negligência emocional, abuso emocional, abuso físico e assédio sexual. Também neste primeiro grupo, um subgrupo considerável apresentava experiência de vitimização ao longo da vida, sendo a família de origem e o parceiro os perpetradores mais frequentes. Os autores realçam a possível importância da cronicidade da vitimização no grupo incluindo pacientes com fibromialgia, sugerindo um papel fundamental para o stress crónico nesta síndrome. Afirmam ainda que, possivelmente, estes pacientes não possuem os factores protectores que os tornem

resilientes e permitam impedir que sejam vítimas de forma contínua, ao longo da vida, ao contrário do que se verificou no grupo de comparação.

Em relação a grupo de controlo saudável, Alexander et al. (1998) identificaram que quase o dobro das pacientes com fibromialgia tinha uma história de abuso sexual/físico, sendo que uma elevada percentagem reportou o abuso na infância e idade adulta. Este subgrupo apresentava níveis significativamente superiores de dor, fadiga, disfuncionalidade, stress quotidiano, diagnósticos psiquiátricos ao longo da vida, medicação para a dor, utilização dos serviços de saúde para outros problemas que não a fibromialgia e maior propensão para rotular um estímulo como doloroso numa tarefa laboratorial (independentemente da sua intensidade). Os autores, relacionando este resultado com investigação que associa a fibromialgia a um padrão comportamental hipervigilante, caracterizado por baixos limiares de dor e de tolerância a uma variedade de estímulos, sugerem que esta hipervigilância pode ser relacionada com o aumento de dor, por sua vez associado à elevada prevalência de abuso nesta população. Taylor, Trotter e Czuka (1995) verificaram que as pacientes com fibromialgia que apresentavam história de abuso sexual reportaram significativamente mais sintomas que as sem história de abuso e uma associação com a severidade dos mesmos.

Numa investigação com uma vasta amostra de homens e mulheres na terceira idade, da qual 3.7% reportou ter recebido um diagnóstico de fibromialgia em qualquer momento da vida, verificou-se que a agressão/abuso sexual e físico foram associados a diagnóstico de fibromialgia, num modelo controlando as variáveis sexo, idade, etnia e grau educacional (Haviland, Morton, Oda, & Fraser, 2010).

Buskila et al. (2009), numa avaliação da prevalência da fibromialgia nos sobreviventes de um grave acidente de comboio, três anos após o sucedido, identificaram que 15% dos sobreviventes cumpriam os critérios de diagnóstico da fibromialgia. Este grupo apresentava níveis significativamente inferiores de funcionamento físico e emocional, níveis significativamente superiores de somatização, depressão, hostilidade, ansiedade e sintomas de perturbação pós-stress traumático, entre outros aspectos de disfunção psicológica. Os autores concluíram que a fibromialgia tinha elevada prevalência em indivíduos expostos a uma combinação de trauma físico e

emocional, sendo importante aprofundar os factores de susceptibilidade subjacentes que podem estar envolvidos nesta associação.

No sentido contrário, de inexistência de relação entre exposição a acontecimentos potencialmente traumáticos e fibromialgia e de níveis não superiores de exposição neste grupo, os resultados são claramente minoritários.

Dailey, Bishop, Russell e Fletcher (1990) identificaram que o grupo de pacientes com fibromialgia apresentava um nível inferior de acontecimentos de vida major, comparativamente a pacientes com artrite reumatóide, embora apresentasse um nível superior de hassles quotidianos. Na investigação de Van Houdenhove et al. (2001), acima referida, a prevalência do abuso sexual e do assédio sexual não diferiu significativamente entre o grupo que incluía os pacientes com fibromialgia e o grupo que incluía os pacientes com artrite reumatóide.

Na comparação com grupo saudável, Smith et al. (2009) não encontraram diferenças significativas em relação ao abuso na idade adulta (embora houvesse tendência nesse sentido) e ao somatório de outros acontecimentos traumáticos (desastre natural, acidente num transporte, testemunhar a morte de alguém, vítima de um crime não sexual, doença ou lesão que poderia ter causado a morte, experienciar um fogo ou explosão). No modelo obtido, o abuso na idade adulta foi preditor, quer do stress percebido como da saúde física e mental e mediou parcialmente os efeitos do abuso infantil no stress e na saúde. Ciccone et al. (2005), num estudo de base comunitária, verificaram que o abuso sexual e físico não foi superior nas mulheres com fibromialgia (excepto no que se refere, especificamente, a violação) e um índice global de severidade do abuso, incorporando itens sexuais e físicos, não foi associado com risco de fibromialgia, contrariando assim a hipótese do trauma.

Taylor et al. (1995), relativamente à prevalência e grau de violência do abuso sexual entre grupo de mulheres com fibromialgia e grupo saudável e Ruiz-Pérez et al. (2009), relativamente ao abuso/violência, não encontraram diferenças significativas.

Em amostra de pacientes com fibromialgia, quando um conjunto de acontecimentos potencialmente traumáticos é considerado como um todo (e.g., diferentes tipos de abuso, trauma e lesão física, vítima de crime e doença), a sua ocorrência em qualquer momento da vida, antes do surgimento da síndrome, não foi

preditora do estado de saúde auto-reportado nem da dor (Walen, Oliver, Groessl, Cronan, & Rodriguez, 2001). Os autores referem que embora se tenha verificado relação entre a ocorrência de trauma e alguns resultados de saúde (qualidade do sono auto-reportada, depressão e utilização dos cuidados de saúde) a sua magnitude é reduzida, sendo reduzida a variância nestes resultados explicada pelos acontecimentos traumáticos.

Ciccone et al. (2005) verificaram que as mulheres com fibromialgia que reportavam abuso físico e sexual na infância não diferiam substancialmente das sem história de abuso no número de pontos dolorosos, severidade da dor, incapacidade física e visitas ao médico.

Na investigação de Haviland et al. (2010) acima referida, dois tipos de experiências traumáticas (abuso/negligência emocional e situações de percepção de ameaça à vida, incluindo guerra, acidente grave e desastre natural) e um conjunto de experiências de vida stressantes major (incluindo doença grave, divórcio e morte de um filho) não foram associadas a um diagnóstico de fibromialgia.

Civita, Bernatsky e Dobkin (2004), numa amostra de mulheres com fibromialgia recrutadas de contexto terciário e comunitário, identificaram que a associação verificada entre história de abuso sexual e níveis de dor foi parcialmente mediada pelos sintomas depressivos. O abuso sexual é associado com a dor através da sua influência na depressão, sendo que a relação entre abuso e dor permanece sem esta mediação, mas reduz-se substancialmente.

Paras et al. (2009), numa revisão sistemática de estudos longitudinais (caso-controlo e coorte) sobre a relação entre diversos resultados somáticos e o abuso sexual, concluíram que só existiam associações significativas entre abuso sexual e um diagnóstico de fibromialgia, quando as análises se restringiram aos estudos em que o abuso era definido como violação. Quando a penetração foi excluída e foram consideradas outras formas de abuso sexual, incluindo assédio, ameaça e exposição de genitais, não foi identificada uma associação significativa entre este abuso e fibromialgia.

Pae et al. (2009) verificaram que apesar da existência de uma elevada prevalência de abuso físico e sexual infantil, num grupo de pacientes com fibromialgia,

este abuso não se revelou preditor da resposta ao tratamento nestes pacientes, aleatoriamente distribuídos por diferentes condições de tratamento. Sendo que a medida principal da resposta ao tratamento era uma redução significativa na severidade dos sintomas, os resultados do subgrupo com história de abuso foram idênticos aos de toda a amostra, levando os autores a concluir que a existência de abuso infantil, embora altamente prevalente nos pacientes com fibromialgia, não parece associada a correlatos clínicos significativos.

Para além dos acontecimentos potencialmente traumáticos ao longo da vida, a análise estende-se aos acontecimentos stressantes major ocorridos num período temporal mais restrito, anterior ao surgimento da fibromialgia e mais próximo do momento deste surgimento, que poderiam ser classificados como desencadeantes (Eich et al., 2000), sendo que a maior parte dos estudos considera o período de aproximadamente um ano antes do mesmo. Investigações reportam a ocorrência de acontecimentos de vida negativos experienciados por uma elevada percentagem da amostra, cerca de metade avaliados como tendo impacto muito negativo (Anderberg et al., 2000) e mais de um terço da amostra relatando um acontecimento de vida severo, havendo associação entre maior incapacidade, depressão e a existência de pelo menos um acontecimento de vida anterior ao surgimento da fibromialgia (Revello et al., 2009).

Outros estudos apontam no sentido contrário, da relação reduzida ou inexistente entre os acontecimentos de vida adversos/potencialmente traumáticos e o surgimento da fibromialgia. Num estudo prospectivo de base populacional (Gupta et al., 2007), uma vasta amostra sem dor generalizada crónica foi avaliada num conjunto de dimensões psicológicas (entre as quais se incluía a exposição a acontecimentos adversos nos seis meses anteriores) e re-avaliada após 15 meses, para identificar o surgimento de novos casos. Verificou-se que 10% da amostra tinha desenvolvido dor generalizada crónica no seguimento e três factores avaliados inicialmente contribuíram independentemente para o surgimento dos novos casos: múltiplos sintomas somáticos, comportamento de procura de ajuda para problemas de saúde e problemas de sono. Os indivíduos expostos aos três factores tinham uma probabilidade 12 vezes superior de ter desenvolvido dor generalizada crónica que os restantes e, a exposição a acontecimentos adversos não se incluiu nestes factores preponderantes.

Numa investigação de Raphael, Natelson, Janal e Nayak (2002), com o objectivo de determinar a relação entre a exposição a eventos relacionados com o terrorismo e os sintomas de fibromialgia, um coorte de uma vasta amostra comunitária de Nova Iorque, inicialmente inquirido sobre dor e sintomas psiquiátricos antes de 11 de Setembro de 2001, foi re-contactado cerca de 6 meses após o ataque terrorista. Os resultados mostraram que as taxas de dor consistentes com um diagnóstico de fibromialgia não aumentaram significativamente entre as duas avaliações e, a existência de exposição ao evento terrorista não se relacionou com o surgimento de novos casos. Segundo os autores, estes resultados parecem sugerir que a exposição a stressores major tem baixa probabilidade de ter grande importância na patogénese da fibromialgia. No mesmo sentido, após este ataque terrorista, Williams, Brown, Clauw e Arbor (2003) avaliaram os níveis de dor numa reduzida amostra de pacientes com diagnóstico de fibromialgia residentes em Washington e verificaram que não houve um aumento na dor e outros sintomas associados à fibromialgia, nos dias seguintes ao ataque. Os autores interpretam os resultados à luz de resultados prévios que sugerem que os acontecimentos quotidianos menores, potencialmente stressantes, têm maior papel no desencadear da expressão de sintomas somáticos que os acontecimentos potencialmente traumáticos.

Relativamente a estudos sobre atribuição causal, que questionam sobre a identificação de um acontecimento específico, ocorrido próximo do surgimento dos sintomas da fibromialgia, ao qual os pacientes atribuem o desencadear da síndrome, a literatura distingue entre atribuição a acontecimentos de carácter físico e atribuição a acontecimentos de carácter psicológico/emocional. Nos primeiros, englobam-se maioritariamente acidentes de viação e lesões associadas, quedas e cirurgias e, ainda, doenças, gravidez e parto; nos segundos, englobam-se acontecimentos como perdas significativas, separações de entes queridos e outros eventos cujo impacto no indivíduo é de carácter psicológico.

Especificamente em relação à ocorrência de um acontecimento traumático de tipo físico, no período anterior ao surgimento dos sintomas da fibromialgia, vários estudos apontam para uma percentagem relativamente elevada de pacientes nesta situação (Turk, Okifuji, Starz, & Sinclair, 1996) e superior à relatada por grupo de controlo (Al-Allaf et al., 2002). A revisão de literatura efectuada por Sukenik, Abu-Shakra e Flusser (2008) refere que entre 25 a 50% dos pacientes com fibromialgia

reportam que um trauma físico precedeu o surgimento dos seus sintomas, num período temporal entre várias semanas a vários meses. Outros estudos apontam para percentagens mais reduzidas, como 23% reportando um evento de tipo físico, preponderantemente traumático ou cirúrgico (Greenfield, Fitzcharles, & Esdaile, 1992) e existem investigações prospectivas que não encontraram associação significativa entre trauma físico consequente de acidente rodoviário e o desenvolvimento de sintomas correspondentes aos critérios de diagnóstico de fibromialgia (Tishler, Levy, Maslakov, Bar-Chaim, & Amit-Vazina, 2006; Wynne-Jones, Macfarlane, Silman, & Jones, 2006).

Reportando aos estudos sobre atribuição causal a acontecimentos desencadeante, comparáveis ao nosso (no sentido em que questionam sobre a atribuição a algum acontecimento específico, discreto e não a factores contínuos ou múltiplas causas), Wilson, Robinson, Swanson e Turk (2008) identificaram que 58% dos pacientes que indicaram um único desencadeante, referiram um acontecimento físico e 42% referiram um acontecimento psicológico/emocional. Um estudo de comparação entre pacientes com diagnóstico de fibromialgia atribuído e residentes da comunidade que cumpriam os critérios de diagnóstico mas não tinham procurado ajuda médica (Aaron et al., 1997), verificou que os pacientes tinham uma probabilidade significativamente superior de referir um acontecimento traumático antes surgimento da fibromialgia que os não pacientes, maioritariamente de tipo emocional. Este tipo de trauma (incluindo perdas e separações) foi o único preditor a diferenciar significativamente os pacientes dos não pacientes, após controlar as variáveis demográficas, duração da dor, história de abuso físico ou sexual e trauma físico (incluindo acidentes, quedas, cirurgias, doenças e gravidez).

Por fim, no que respeita à exposição a acontecimentos de vida adversos no último ano, encontrámos apenas um estudo que efectuou esta avaliação, em conjugação com a exposição ao longo da vida. Anderberg et al. (2000) verificaram que 51% do grupo com fibromialgia reportou a exposição a acontecimentos de vida considerados muito negativos, comparativamente a 24.5% do grupo de controlo saudável. Relativamente ao impacto percebido dos acontecimentos, a diferença entre os grupos foi semelhante, com uma percentagem muito superior dos pacientes com fibromialgia a reportar um impacto muito negativo. Os autores, conjugando este resultado com o facto de o grupo com fibromialgia reportar significativamente mais acontecimentos potencialmente

traumáticos na infância e na adolescência (acima referidos) e uma elevada prevalência de acontecimentos negativos próximos do surgimento da síndrome, colocam a hipótese de estes pacientes serem mais vulneráveis à percepção de acontecimentos negativos, estabelecendo duas explicações possíveis para este facto: a existência de depressão comórbida, ou, aspectos da personalidade, tendo a investigação nesta população identificado aspectos que poderiam relacionar-se com uma visão mais negativa da vida e do meio envolvente, como elevado evitamento, preocupação e baixa percepção de controlo.

Em conclusão, no âmbito de uma conceptualização biopsicossocial da síndrome de fibromialgia, a investigação sobre a exposição a acontecimentos de vida potencialmente traumáticos torna-se muito importante, na medida em que podem ter um papel muito relevante no contexto dos factores predisponentes, em primeiro lugar, e desencadeantes, secundariamente. A literatura existente é preponderantemente centrada no abuso físico e sexual, sobretudo infantil, sendo muito pouco abordados outros acontecimentos de vida potencialmente traumáticos, em estudos com população geral, com dor crónica e especificamente com fibromialgia. Os estudos comparativos de fibromialgia com outras perturbações dolorosas e com população geral, apontam maioritariamente para a uma prevalência significativamente superior de acontecimentos potencialmente traumáticos nesta população e para uma relação positiva desta exposição com a severidade de sintomas e incapacidade física, colocando-se ainda a hipótese de uma maior vulnerabilidade à percepção de acontecimentos negativos e maior reactividade aos mesmos.

Capítulo 2. Estudo empírico quantitativo

Introdução

O enquadramento teórico deste primeiro estudo quantitativo é o referido no capítulo teórico da tese, que partiu de uma análise à personalidade, aos acontecimentos de vida, à saúde e à relação entre estes, primeiro numa perspectiva mais abrangente, em direcção a uma cada vez maior especificidade. Esta especificidade culminou na abordagem à fibromialgia, no âmbito de uma conceptualização biopsicossocial desta síndrome, concepção esta que guiou a realização deste estudo, a escolha das variáveis envolvidas e dos grupos comparativos, para possibilitar uma melhor compreensão da relação entre personalidade, acontecimentos de vida e saúde nesta população, suas especificidades e diferenças, relativamente a uma outra população com dor crónica medicamente explicada e a uma população sem dor crónica.

Objectivos. Este estudo tem dois objectivos principais e um terceiro objectivo, mais secundário, sendo que o primeiro e o terceiro objectivo se desdobram em objectivos específicos. São os seguintes:

1. Conhecer e descrever o grupo com fibromialgia, no que respeita ao padrão de relação entre as variáveis envolvidas e avaliando a sua heterogeneidade.

1.1. Determinar, nas pacientes com fibromialgia, a associação entre as variáveis de saúde (estado de saúde física, mental, impacto da fibromialgia e nível de dor), acontecimentos de vida (acontecimentos potencialmente traumáticos na infância e noutras fases da vida e acontecimentos negativos experienciados no último ano) e personalidade.

1.2. Testar três modelos hipotéticos, correspondentes a diferentes padrões de relação de causalidade entre a personalidade, os acontecimentos de vida e a saúde, no grupo com fibromialgia.

1.3. Distinguir subgrupos de perfis, com base na configuração de relação entre as variáveis de saúde, acontecimentos de vida e personalidade, no grupo com fibromialgia.

1.4. Identificar subgrupos relativamente aos perfis clínicos da personalidade, no grupo com fibromialgia.

2. Comparar o grupo com fibromialgia com o grupo com artrite reumatóide e grupo saudável, ao nível das variáveis de saúde, acontecimentos de vida e personalidade.

3. Investigar a atribuição causal do surgimento da fibromialgia a acontecimento desencadeante.

3.1. Avaliar o tipo de atribuição causal efectuada e a sua associação às variáveis de saúde, acontecimentos de vida e personalidade.

3.2. Verificar se o grupo com fibromialgia difere do grupo com artrite reumatóide ao nível da atribuição causal efectuada.

Hipóteses. As duas hipóteses principais são:

1. No grupo com fibromialgia, a existência de mais acontecimentos potencialmente traumáticos estará associada a maior disfuncionalidade e dor e menor saúde física e mental auto-percepcionada.

2. O grupo com fibromialgia apresentará níveis mais baixos nas variáveis de saúde, maior prevalência de acontecimentos de vida potencialmente traumáticos e piores resultados nas escalas clínicas da personalidade, comparativamente ao grupo com artrite reumatóide e ao grupo saudável.

A hipótese secundária é a seguinte:

3. O grupo com fibromialgia fará mais atribuição causal a qualquer tipo de acontecimento, comparativamente ao grupo com artrite reumatóide.

Método

Participantes

Seleccção da amostra. A amostra foi constituída por três grupos; grupo de doentes com fibromialgia (FM), grupo de doentes com artrite reumatóide (AR) e grupo saudável (SA) - sem doença ou problema de saúde que implique dor crónica e sem outra doença considerada relevante e auto-percepcionada como prejudicial à qualidade de vida. A escolha de doentes com artrite reumatóide para constituírem o grupo de controlo com dor crónica deveu-se ao facto de esta patologia reumática se caracterizar por dor crónica e incapacidade funcional, com impacto na qualidade de vida, a nível físico e psicológico e sem existência de cura conhecida. Por outro lado, esta condição clínica difere da fibromialgia, nomeadamente no facto de existir evidência laboratorial que possibilite o diagnóstico, havendo maior clarificação da sua base biológica. Desta forma, é o grupo clínico mais utilizado nos estudos comparativos com amostra com fibromialgia.

Os critérios definidos para a inclusão no grupo com fibromialgia foram os seguintes: sexo feminino, idade superior a 18 anos, diagnóstico de fibromialgia efectuado há um mínimo de 6 meses, não possuírem outra doença reumática ou alguma condição que implique dor crónica, não terem acompanhamento psicoterapêutico nem psiquiátrico e não tomarem medicação psiquiátrica. A escolha de indivíduos apenas do sexo feminino deveu-se ao facto de a prevalência de diagnóstico de fibromialgia ser muito superior nas mulheres, comparativamente aos homens, numa relação de aproximadamente 9:1.

Relativamente ao grupo com artrite reumatóide, os critérios foram idênticos, acrescentando-se o critério de terem diagnóstico de artrite reumatóide com início após os 18 anos de idade), excluindo-se assim as pacientes com artrite reumatóide juvenil.

Os critérios definidos para o grupo sem dor crónica foram idênticos, com a diferença de não poderem possuir qualquer doença ou problema de saúde que implique dor crónica e devendo considerar, numa auto-avaliação qualitativa, a sua saúde geral como pelo menos razoável.

Caracterização da amostra. A caracterização da amostra será efectuada, primeiramente, em termos das características sociodemográficas (idade, estado civil, nível de escolaridade e situação laboral) dos três grupos (FM, AR e SA) e,

seguidamente, em termos de alguns aspectos clínicos que apenas dizem respeito aos grupos FM e AR.

Relativamente à idade, o grupo FM é composto por participantes entre os 25 e os 70 anos ($M = 46.96$; $DP = 10.96$), o grupo AR é composto por participantes entre os 22 e os 73 anos ($M = 48.74$; $DP = 13.80$) e o grupo SA tem idades compreendidas entre os 25 e os 70 anos ($M = 47.14$; $DP = 12.14$) Não existem diferenças significativas entre os três grupos nesta variável [$F(0.314) = 48,007$, $p = .731$].

Relativamente às seguintes variáveis sócio-demográficas, na verificação da existência ou não de diferenças significativas entre os grupos, utilizámos o Teste do Qui-quadrado por Simulação de Monte Carlo, devido ao facto de não se verificarem as condições de aproximação da distribuição do teste à distribuição do Qui-Quadrado.

Na Tabela 1, apresentamos a distribuição das participantes de cada um dos grupos por estado civil. Não existem diferenças significativas entre os três grupos nesta variável [$\chi^2(6) = 6.257$; $p = .405$; $N = 150$].

Tabela 1

Distribuição das Participantes por Estado Civil

Estado civil	FM ($n = 50$)	AR ($n = 50$)	SA ($n = 50$)	TOTAIS
Solteira	7 (14%)	10 (20%)	8 (16%)	25 (16.7%)
Casada/União de facto	34 (68%)	30 (60%)	33 (66%)	97 (64.7%)
Viúva	1 (2%)	5 (10%)	1 (2%)	7 (4.6%)
Divorciada/Separada	8 (16%)	5 (10%)	8 (16%)	21 (14%)
TOTAIS	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	150 (100%)

Nota. $N = 150$; FM = Fibromialgia; AR = Artrite Reumatóide, SA = Saudável

Na Tabela 2, encontra-se a distribuição das participantes de cada um dos grupos por nível de escolaridade. Não existem diferenças significativas entre os três grupos nesta variável [$\chi^2(12) = 17.340, p = .135; N = 150$].

Tabela 2

Distribuição das Participantes por Nível de Escolaridade

Nível de escolaridade	FM (n = 50)	AR (n = 50)	SA (n = 50)	TOTAIS
4ª classe	1 (2%)	7 (14%)	1 (2%)	9 (6%)
6º ano	6 (12%)	1 (2%)	5 (10%)	12 (8%)
9º ano	7 (14%)	6 (12%)	7 (14%)	20 (13.3%)
12º ano	13 (26%)	12 (24%)	14 (28%)	39 (26%)
Bacharelato/Licenciatura	14 (28%)	20 (40%)	19 (38%)	53 (35.3%)
Pós-graduação/Mest./Dout.	5 (10%)	1 (2%)	3 (6%)	9 (6%)
Outro	4 (8%)	3 (6%)	1 (2%)	8 (5.3%)
TOTAIS	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	150(100%)

Nota. N= 150; FM = Fibromialgia; AR = Artrite Reumatóide; SA = Saudável

Por fim, apresentamos na Tabela 3 a distribuição das participantes de cada um dos grupos por situação laboral. Não existem diferenças significativas entre os grupos nesta variável [$\chi^2(8) = 5.341, p = .783; N = 150$].

Tabela 3

Distribuição das Participantes por Situação Laboral

Situação	FM	AR	SA	TOTAIS
laboral	(n = 50)	(n= 50)	(n = 50)	
Empregada	31 (62%)	33 (66%)	35 (70%)	99 (66%)
Desempregada	3 (6%)	3 (6%)	2 (4%)	8 (5.5%)
Doméstica	5 (10%)	1 (2%)	3 (6%)	9 (6%)
Reformada	11 (22%)	12 (24%)	10 (20%)	33 (22%)
Estudante-Trabalhadora	0	1 (2%)	0	1 (0.5%)
TOTAIS	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	150 (100%)

Nota. N= 150; FM = Fibromialgia; AR = Artrite Reumatóide; SA = Saudável

Para maior igualdade de caracterização entre o grupo FM e o grupo SA, dividimos estes dois grupos em sub-grupos etários e efectuámos um emparelhamento das diferentes variáveis sócio-demográficas por grupos etários, entre o grupo FM e grupo SA. Na Tabela 4 podemos observar a distribuição das participantes dos dois grupos, por grupos etários.

Tabela 4

Distribuição das Participantes FM e SA por Grupos Etários

Idade	FM (n = 50)	SA (n = 50)	TOTAIS
25-35	10 (20%)	10 (20%)	20 (20%)
36-46	14 (28%)	14 (28%)	28 (20%)
47-57	16 (32%)	16 (32%)	32 (20%)
58-70	10 (20%)	10(24%)	20 (20%)
TOTAIS	50 (100%)	50 (100%)	100 (100%)

Nota. N= 100; Grupos: FM (Fibromialgia), SA (“Saudável”)

Na Tabela 5, observamos a distribuição do estado civil por grupos etários, nos dois grupos.

Tabela 5

Distribuição do Estado Civil por Grupos Etários nos Grupos FM e SA

Idades	25-35		36-46		47-57		58-70	
	FM	SA	FM	SA	FM	SA	FM	SA
Solteira	5	5	0	0	1	2	1	1
Casada/União de facto	4	4	11	10	11	11	8	8
Viúva	0	0	0	0	0	0	1	1
Divorciada/Separada	1	1	3	4	4	3	0	0
TOTAIS	10 (20%)		14 (28%)		16 (32%)		10 (20%)	

Nota. N = 100; FM = 50; SA = Saudável

Na Tabela 6, podemos observar a distribuição do nível de escolaridade por grupos etários, nos dois grupos.

Tabela 6

Distribuição do Nível de Escolaridade por Grupos Etários nos Grupos FM e SA

Idades	25-35		36-46		47-57		58-70	
	FM	SA	FM	SA	FM	SA	FM	SA
4ª classe	0	0	0	0	1	1	0	0
6º ano	0	0	3	2	0	0	3	3
9º ano	0	0	1	1	3	3	3	3
12º ano	4	3	3	3	5	6	1	2
Bach/Licenciatura	4	5	5	7	4	5	1	2
Pós-graduação/Mest./Dout	2	2	0	0	3	1	0	0
Outro	0	0	2	1	0	0	2	0
TOTAIS	10 (20%)		14 (28%)		16 (32%)		10 (20%)	

Nota. N = 100; FM = Fibromialgia; SA = Saudável

Por fim, na Tabela 7, identificamos a distribuição da situação laboral por grupos etários, nos dois grupos.

Tabela 7

Distribuição da Situação Laboral por Grupos Etários nos Grupos FM e SA

Idades	25-35		36-46		47-57		58-70	
	FM	SA	FM	SA	FM	SA	FM	SA
Empregada	9	9	8	12	13	13	1	1
Desempregada	1	1	2	1	0	0	0	0
Doméstica	0	0	2	1	0	0	3	2
Reformada	0	0	2	0	3	3	6	7
TOTAIS	10 (20%)		14 (28%)		16 (32%)		10 (20%)	

Nota. N = 100; FM = Fibromialgia; SA = Saudável

Apesar de ser um critério de exclusão da amostra a existência de acompanhamento psicológico, não foi possível cumprir este critério na totalidade, relativamente aos grupos FM e AR. Como tal, no grupo FM seis pacientes tinham acompanhamento psicológico, correspondendo a 12% do grupo FM, com uma duração média em anos de um ano ($DP = 0.63$), sendo que todas elas recebiam o acompanhamento psicológico na Associação MYOS e foram indicadas pela psicóloga como casos cuja intervenção era centrada na gestão da doença e das actividades do quotidiano e não num acompanhamento psicoterapêutico mais aprofundado. No Grupo AR, quatro pacientes tinham acompanhamento psicológico, correspondendo a 4% deste grupo, com uma duração média em anos de três ($DP = 0.70$). No grupo SA, nenhuma participante recebia acompanhamento psicológico.

Nos dois grupos clínicos, FM e AR, foram ainda avaliadas as seguintes variáveis, relativas à sintomatologia e diagnóstico: duração dos sintomas em anos, duração do diagnóstico em anos e, a variável resultante da diferença entre estas duas, que nomeámos “índice de espera” por corresponder ao tempo que medeia entre o surgimento dos sintomas significativos da doença e a obtenção de um diagnóstico atribuído por um médico. Na Tabela 8, podemos observar a média e desvio padrão destas três variáveis, nos dois grupos clínicos.

Tabela 8

Média e Desvio Padrão das Variáveis Clínicas nos Grupos FM e AR

	Duração sintomas		Duração diagnóstico		Índice de espera	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
FM	13.29	9.62	4.68	2.69	8.61	8.68
AR	12.59	10.04	10.06	9.16	2.53	4.27

Nota. N= 100; FM = Fibromialgia; AR = Artrite Reumatóide

Na medida em que estas variáveis não obedecem ao critério de normalidade da distribuição e homogeneidade de variâncias, foi utilizado o teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney para avaliar a significância das diferenças entre os dois grupos. No que se refere à variável “duração dos sintomas em anos” as diferenças entre os dois grupos não são significativas ($U = 1.142$; $W = 2.417$; $p = .456$). No entanto, existem diferenças significativas relativamente à duração do diagnóstico em anos ($U = 817,5$; $W = 2.092,5$; $p = .003$), sendo o grupo AR o que possui valores superiores, e ao índice de espera ($U = 470,5$; $W = 1.745,5$; $p = .000$), em que o grupo FM apresenta valores mais elevados. Estes resultados parecem evidenciar que, apesar da duração dos sintomas ser semelhante nos dois grupos, a grande diferença reside no tempo de espera necessário à obtenção de um diagnóstico, correspondendo a uma dificuldade muito superior das doentes com fibromialgia em verem correctamente reconhecidos e integrados os seus sintomas num diagnóstico da síndrome, devido à ausência de marcadores evidentes, contrariamente ao que acontece num quadro de artrite reumatóide.

Instrumentos

Questionário de Impacto da Fibromialgia. Para avaliação do impacto da fibromialgia na funcionalidade dos pacientes, utilizou-se a versão portuguesa do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ; Burckhardt et al., 1991; Rosado et al., 2006). O FIQ é um questionário auto-administrado, que visa captar o efeito global da

sintomatologia da fibromialgia. É composto por 20 questões agrupadas em 10 itens (ver anexo B). O primeiro item contém 11 sub-itens e centra-se na capacidade do doente para efectuar um conjunto de tarefas diárias, estando as respostas distribuídas numa escala tipo *Likert* variando entre 0 (capaz de fazer sempre) e 3 (incapaz de fazer). O somatório da pontuação nestes 11 sub-itens, dividido pelo número de resultados obtidos, constitui o resultado da capacidade funcional. Nos dois itens seguintes, é pedido ao doente que assinale o número de dias em que se sentiu bem e em que faltou ao trabalho, na semana anterior. Os últimos sete itens dizem respeito à capacidade de trabalho, dor, fadiga, cansaço matinal, rigidez, ansiedade e a depressão, e são medidos através de uma escala visual analógica de 0 a 10 (10cm). A pontuação total do FIQ varia entre 0 e 100, com 100 correspondendo à menor funcionalidade e impacto máximo da fibromialgia. Na versão original, a validade de constructo do FIQ foi avaliada através da medição da correlação dos itens individuais do FIQ com as Escalas de Medida de Impacto da Artrite (AIMS), verificando-se correlações moderadas a elevadas. A fidelidade teste-reteste (Pearson's *r*) variou entre .56 e .95. White, Speechley, Harth e Ostbye (1999, como citado em Bennett, 2005) verificaram uma pontuação total no FIQ de 61.2, num grupo de pacientes com fibromialgia, em comparação com uma pontuação total de 41.6, em pacientes com outras condições dolorosas ($p < .001$), relatando assim uma boa validade discriminante do instrumento.

Relativamente às qualidades psicométricas, o estudo de adaptação portuguesa do FIQ apresentou um valor de consistência interna de $\alpha = .81$. No presente estudo, obteve-se o valor de $\alpha = .82$, indicador de uma boa consistência interna. Na medida em que o teste tem uma estrutura unifactorial, não foi efectuada uma análise factorial.

Questionário de Estado de Saúde. A avaliação do estado de saúde foi efectuada através da versão reduzida de oito itens da adaptação portuguesa do Medical Outcomes Study 36-item Short Form Survey (Questionário de Estado de Saúde- SF36; Ware & Sherbourne, 1992; Pais-Ribeiro, 2005). O SF-36 é constituído por 36 itens de auto-resposta, e divide-se em dois componentes, Componente Físico e Componente Mental. Cada um engloba 4 sub-escalas, sendo que o componente mental engloba a saúde mental, o desempenho emocional, a função social e a vitalidade, e o componente físico engloba a função física, o desempenho físico, a dor física e a saúde em geral (ver anexo C). Analisando os primeiros 15 estudos publicados, o coeficiente de fidelidade

das 8 sub-escalas, com raras exceções, excedeu 0.70 e, a maior parte excedeu 0.80; relativamente aos dois componentes sumários, físico e mental, normalmente excedeu 0.90 (Ware, 2004). Este padrão de fidelidade foi replicado em 24 grupos de pacientes diferenciados em termos de diagnóstico e de características sócio-demográficas, com uma mediana de 0.85 (McHorney, 1994). O SF-8 tem um item em representação de cada uma das oito sub-escalas, sendo que quatro itens constituem o componente físico e quatro itens constituem o componente mental. Esta versão é considerada adequada para a avaliação da percepção do Estado de Saúde, com ganhos temporais devido ao reduzido número de itens que compensam os prejuízos (Pais-Ribeiro, 2005).

Relativamente às qualidades psicométricas, no estudo de validação portuguesa desenvolvido por Pais-Ribeiro (2005), verificou-se que o componente físico da solução de 8 itens explica 84% da variância do SF-36 e o componente mental explica 81% da variância do SF-36.

Para análise da estrutura factorial, no presente estudo, foi utilizada a Análise Factorial Exploratória (AFE), validada pelo critério KMO=0.869, com extracção dos factores pelo método das componentes principais e seguida de uma rotação Varimax (ver Tabela 9). De acordo com a regra do *eigenvalue* superior a 1, confirmada pelo *Scree Plot* (Pestana & Gageiro, 2008), confirmámos a existência de dois factores, que, no conjunto, explicam 66.2% de variância total.

Tabela 9

Análise Factorial Exploratória ao SF-8 com Extracção dos Factores pelo Método das Componentes Principais Seguida de Rotação Varimax

Item	Factor 1	Factor 2	Comunalidade
1.Em geral, como classificaria a sua saúde	.582	.130	.356
2.Limitação em actividades moderadas (como deslocar uma mesa ou aspirar a casa)	.843	.247	.772
3.Limitação no tipo de trabalho ou outras actividades devido ao estado de saúde física)	.835	.154	.721

4.Fazer menos no que queria no seu trabalho ou nas actividades diárias, devido a quaisquer problemas emocionais (tais como sentir-se deprimida ou ansiosa)	.848		.725
5.Interferência da dor no trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)	.861	.169	.771
6.Sentir-se cansada	.698	.329	.596
7.Sentir-se triste e em baixo	.226	.816	.716
8.Interferência da saúde física ou problemas emocionais no relacionamento social normal	.380	.703	.639
<i>Eigenvalue</i>	4.06	1.23	
Variância explicada	50.7%	15.4%	

A negrito encontram-se os itens com pesos factoriais superiores a 0.5 em valor absoluto, considerados significativos por serem pelo menos responsáveis por 25% da variância (Pestana & Gageiro, 2008).

Como podemos observar, o factor 1 é constituído por cinco itens: “Em geral, como classificaria a sua saúde”, “Limitação em actividades moderadas (como deslocar uma mesa ou aspirar a casa)”, “Limitação no tipo de trabalho ou outras actividades devido ao estado de saúde física”, “Interferência da dor no trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)” e “Sentir-se cansada”. O factor 2 é constituído por três itens: “Fazer menos do que queria no seu trabalho ou nas actividades diárias, devido a quaisquer problemas emocionais (tais como sentir-se deprimida ou ansiosa)”, “Sentir-se triste e em baixo” e “Interferência da saúde física ou problemas emocionais no relacionamento social normal”.

Este padrão factorial não replica totalmente o padrão encontrado no estudo de validação portuguesa (Pais-Ribeiro, 2005), na medida em que no estudo original o componente físico tem quatro itens e o componente mental tem igualmente quatro itens; no presente estudo, o componente físico tem cinco itens, sendo que o item “Sentir-se cansada”, originalmente pertencente ao componente mental, surge na nossa amostra como integrante do componente físico. No entanto, mantivemos a estrutura do estudo original.

Relativamente à consistência interna, no estudo de validação portuguesa desenvolvido por Pais-Ribeiro (2005), o Componente Físico apresenta um valor de .71,

com correlações item-total entre .56 e .60 e o Componente Mental apresenta um valor de .72, com correlações item-total entre .50 e .63.

Escala Numérica para a Dor. Para avaliação do nível de dor, foi utilizada a Escala Numérica para a Dor (EN-11), com 11 pontos, sendo pedido à pessoa que pontue a dor que sente numa escala de 0 a 10, em que o 0 representa “ausência de dor” e o 10 representa “a máxima dor possível” (ver anexo D). Neste estudo, foi pedido às pacientes que escolhessem o número que melhor correspondia à dor sentida nos últimos 7 dias.

A Escala Numérica para a Dor é uma ferramenta que tem um uso clínico generalizado devido à sua fácil administração, e permite melhor adesão em comparação com outros procedimentos de testagem mais complexos (Hartrick, Kovan, & Shapiro, 2003). Vários estudos mostram que a Escala Numérica para a Dor apresenta uma elevada correlação com a Escala Visual Analógica ($r = 0.847$, $p < .001$, Paice & Cohen, 1997; $r = .95$, 95% CI 0.94-0.96, Holdgate, Asha, Craig, & Thompson, 2003; $r = .93$, Mohan, Ryan, Whelan, & Wakai, 2010), revelando assim uma boa validade convergente.

Escala de Intensidade de Sintomas. Para despiste das doentes com artrite reumatóide que pudessem ter também fibromialgia não diagnosticada (e que, desta forma, teriam que ser excluídas da amostra), utilizámos a tradução portuguesa da Symptom Intensity Scale (Wolfe & Rasker, 2006), constituída por duas partes: uma lista de 19 áreas anatómicas, relativamente às quais é perguntado ao paciente se sente dor e uma escala visual analógica de fadiga de 10 cm (ver anexo E). A pontuação total da escala corresponde à pontuação da escala visual analógica de fadiga mais metade da pontuação da escala de dor regional, o total dividido por dois. A escala de dor regional, de 19 itens, resultou de um estudo de Wolfe (2003, como citado em Wilke, 2009) com 12.799 doentes com artrite reumatóide, osteoartrite ou fibromialgia, em que foi questionado aos doentes se tinham dor em 38 regiões anatómicas articulares e não articulares; esta escala é composta primariamente por regiões não articulares, por se ter verificado que a presença de dor nestes 19 locais (correspondentes aos 19 itens) permitiu distinguir os pacientes diagnosticados com e sem fibromialgia. A consistência interna foi de $\alpha = .91$. Com base nas observações das características dos doentes com e sem fibromialgia, Katz, Wolfe e Michaud (2006, como citado em Wilke, 2009)

proposeram que uma pontuação mínima de 8 pontos na escala de dor regional combinada com uma pontuação mínima de 6 na escala visual analógica de fadiga constitui um critério suficiente para o diagnóstico de fibromialgia. Neste sentido, Wolfe e Rasker (2006) desenvolveram a Escala de Intensidade de Sintomas, tendo verificado, num estudo com 25.417 pacientes com variadas doenças reumáticas, que uma pontuação mínima de 5.75 diferenciava a síndrome de fibromialgia de outras doenças reumáticas, identificando 95% dos pacientes que satisfaziam os critérios de diagnóstico da fibromialgia. No presente estudo, este instrumento foi utilizado apenas como forma de rastreio para inclusão vs.exclusão de participantes no grupo AR, razão pela qual as pontuações específicas não foram alvo de qualquer análise, excluindo-se dos objectivos deste trabalho.

Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2). O MMPI é um instrumento de avaliação da personalidade, auto-administrado e destinado a população adulta, publicado pela primeira vez por Hathaway e McKinley em 1943. O MMPI-2 (Butcher et al., 1989) foi desenvolvido com o objectivo de rever e melhorar a primeira versão do instrumento, incluindo uma amostra normativa de padronização mais contemporânea e representativa, melhoria e actualização do conjunto de itens, eliminação de itens criticáveis e criação de novas escalas. Em resumo, o MMPI-2 é similar ao MMPI de muitas formas, e muita da investigação relativa à interpretação do MMPI original pode ser directamente aplicada ao MMPI-2 (Graham, 2006). A versão final é composta por 567 itens, de formato de resposta “verdadeiro ou falso”⁵. É composto pelos seguintes grupos de escalas: escalas de validade, escalas clínicas, escalas de conteúdo, escalas de perturbações da personalidade, escalas suplementares, sub-escalas de conteúdo (Harris-Lingoes)⁶. No anexo F, é apresentada a nomenclatura de cada um das escalas e uma descrição do seu conteúdo.

Em termos de cotação, as pontuações brutas são convertidas em pontuações *t* para facilitar a interpretação, originando um perfil graficamente interpretável. No que respeita às escalas clínicas, em termos gerais, pontuações *t* superiores a 65 são consideradas significativamente elevadas e interpretadas como indicadoras de problemas clínicos (sendo que esta interpretação deve ter em consideração a

⁵ O referido instrumento de avaliação não é apresentado em anexo devido a restrições na sua utilização. A versão portuguesa utilizada é apresentada num formato de caderno, da responsabilidade dos autores envolvidos no processo decorrente de adaptação e validação para a população portuguesa.

⁶ Não foram utilizadas no presente estudo.

especificidade de certos grupos/populações, e não tem valor diagnóstico de forma isolada). Nas escalas de conteúdo e nas escalas suplementares, pontuações *t* superiores a 65 são consideradas elevadas e possivelmente indicadoras de problemas (com exceção das escalas suplementares força do ego, domínio e responsabilidade, que estão formuladas de forma inversa, em que valores elevados têm significado positivo). Em geral, pontuações baixas não devem ser interpretadas. Relativamente às escalas de perturbações da personalidade PSY-5, nas escalas Agressividade, Psicoticismo e Emocionalidade negativa/Neuroticismo, apenas são interpretadas as pontuações *t* superiores a 65; nas escalas Desinibição comportamental e Introversão/Baixa emocionalidade positiva, são interpretadas as pontuações *t* superiores a 65 e as pontuações *t* iguais ou inferiores a 40.

Abordando os dados de fidelidade das escalas clínicas, para a amostra de homens e mulheres (Graham, 2006), os coeficientes de consistência interna variam entre .34 (Paranóia) e .87 (Psicastenia), situando-se a maioria dos valores no âmbito de .80. Os coeficientes de teste-reteste, com uma semana de intervalo, variam entre .54 (Sc) e .93 (Si), situando-se a maioria dos valores no âmbito de .70.

Nas escalas de conteúdo, os coeficientes de consistência interna variam entre .68 (Tipo A) e .86 (Depressão; Cinismo), a maior parte dos valores no âmbito de .70. O coeficiente de teste-reteste, com 9 dias de intervalo, varia entre .78 (Pensamentos bizarros) e .91 (Desconforto social; Problemas no trabalho), a maior parte dos valores no âmbito de .70. Nas escalas de perturbações da personalidade (PSY-5), com amostra normativa e psiquiátrica, os coeficientes de consistência interna variam entre .68 (Agressividade; Desinibição comportamental) e .88 (Emocionalidade negativa/Neuroticismo), situando-se a maior parte no âmbito de .70. Os coeficientes de teste-reteste, com intervalos entre uma semana e 5 anos, situam-se na maior parte no âmbito de .80.

Dados de investigação indicam que o MMPI/MMPI-2 é o teste de personalidade mais frequentemente usado pelos psicólogos clínicos (86%) (Camara, Nathan & Puente, 2000, in Graham, 2006).

Keller e Butcher (1991) desenvolveram uma investigação para examinar o desempenho do MMPI-2 numa vasta população de doentes com dor crónica, intitulada

The Chronic Pain Research Project. De uma amostra de doentes com dor crónica, integrados num programa de reabilitação, foi obtido um total de 502 perfis completos e analisáveis, e os seus resultados foram comparados com a amostra normativa de referência e a amostra psiquiátrica utilizadas no desenvolvimento do MMPI-2. Os seus resultados suportam a utilização do MMPI-2 na avaliação clínica e investigação com doentes com dor crónica.

Na presente investigação foi utilizada a versão portuguesa do MMPI-2-Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota-2, com tradução e adaptação de Silva (Coord.), Novo, Prazeres e Pires, como parte do processo de adaptação e validação do instrumento para a população portuguesa, actualmente a decorrer na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Por este motivo, não existem dados relativos às qualidades psicométricas desta versão.

Tal como foi anteriormente explicado no procedimento, a aplicação foi realizada em formato de entrevista e hetero-preenchimento, tendo em conta a referência de Edwards, Holmes e Carvajal (1998), de que não existiram diferenças significativas entre os dois tipos de administração, num grupo de estudantes universitários. A cotação foi realizada através de um processo de leitura óptica, seguida de tratamento dos dados por um programa informático específico para determinação de resultados e elaboração de perfis.

Lista de Acontecimentos de Vida. Para avaliação da existência de acontecimentos de vida potencialmente traumáticos foi utilizada a Lista de Acontecimentos de Vida, tradução do *Life Events Checklist* (LEC- Gray, Litz, Hsu & Lombardo, 2004) por Maia e Fernandes (s.d). O Life Events Checklist é uma medida auto-administrada com 17 itens, que avalia a exposição a 16 acontecimentos que potencialmente resultam em PTSD ou stress e inclui um item referente à existência de qualquer outro acontecimento extremamente stressante não contemplado nos restantes 16 itens (ver anexo G). Em termos de fidelidade, a média do coeficiente kappa para o total dos itens= .61, $p < .001$ e a correlação teste- reteste= .82, $p < .001$ (Gray, 2004). Para cada item, o respondente coloca se o acontecimento (a) aconteceu-lhe pessoalmente, (b) viu acontecer, (c) soube que aconteceu a alguém próximo, (d) não tem a certeza e (e) não se aplica.

Efectuámos a cotação da seguinte forma: atribuição de 0 pontos quando não se aplica, 1 ponto quando não tem a certeza, 2 pontos quando soube que aconteceu, 3

pontos quando viu acontecer e 4 pontos quando lhe aconteceu⁷. Como particularidades da nossa aplicação, o item 13 “Sofrimento humano intenso” foi excluído da aplicação na medida em que verificámos que, sistematicamente, havia uma duplicação, pois as respondentes tendiam a referir um acontecimento correspondente a algum dos restantes itens, ou mencionavam a vivência dos sintomas fibromialgia. Como tal, considerando um factor de confusão, eliminámos este item. Contabilizámos apenas os acontecimentos anteriores ao início dos sintomas da fibromialgia, pois apenas estes poderiam ter algum significado enquanto factores predisponentes ou desencadeantes da síndrome. Dada a relevância que a literatura sobre a fibromialgia atribui aos acontecimentos adversos experienciados na infância, resolvemos efectuar uma divisão entre infância e sem ser na infância; como tal, em cada um dos 16 itens as respondentes foram inquiridas relativamente à infância (considerada até aos 12 anos) e relativamente a qualquer momento posterior. Obtivemos dois índices: acontecimentos potencialmente traumáticos na infância (APT-I) e acontecimentos potencialmente traumáticos sem ser na infância (APT-NI). Não utilizámos qualquer ponto de corte, considerando apenas que quanto maior a pontuação obtida, maior a quantidade de acontecimentos adversos experienciados.

Questionário de Acontecimentos de Vida do Último Ano. A avaliação dos acontecimentos negativos experienciados no último ano foi efectuada através do Questionário de Acontecimentos de Vida- Versão para Adultos, adaptação portuguesa do *Revised Social Readjustment Scale* (Holmes & Rahe, 1967), efectuada por Silva, Novo, Prazeres, Pires e Mourão (2006). Este questionário engloba 41 acontecimentos de vida potencialmente causadores de stress, e é pedido às respondentes que assinalem se vivenciaram cada acontecimento nos últimos doze meses e, se a resposta for positiva, se esse acontecimento teve um impacto positivo, negativo ou neutro na sua vida (ver anexo H). Este questionário foi desenvolvido no âmbito do estudo de validação do MMPI-2 para a população portuguesa com o objectivo de contribuir para a caracterização da amostra, de forma similar ao *Life Events Form*, adaptado de Holmes e Rahe (1967) pelo *MMPI-2 Restandardization Committee*. Neste estudo, atribuímos um ponto a cada item vivenciado e considerado negativo, e zero aos restantes, variando a escala entre 0 e 41.

⁷Com excepção dos itens 14 “Morte repentina, violenta (por homicídio, suicídio)” e 15 “Morte inesperada e repentina de alguém próximo”, em que ver acontecer é cotado com 4 pontos., equivalendo a experienciar pessoalmente o acontecimento (Bae, Kim, Kho, Kim, & Park, 2008).

A consideração apenas dos acontecimentos considerados negativos é concordante com a definição de autores que consideram que só os acontecimentos indesejáveis actuam como stressores (Hobfoll, 1989; Sarason, Johnson, & Siegel, 1978).

Questionário Sociodemográfico e Clínico. Foi elaborado por nós um questionário que visa a caracterização sociodemográfica das participantes e de alguns aspectos clínicos relevantes para o nosso estudo (ver anexo I). A primeira parte do questionário contém questões relativas à idade, estado civil, habilitações académicas e situação profissional, e foi aplicada de igual forma aos três grupos que constituem a amostra (FM, AR e SA). A segunda parte do questionário diz respeito a aspectos clínicos, sendo que a versão aplicada aos grupos com doença (FM e AR) questionava sobre a duração dos sintomas, duração do diagnóstico, existência de outra doença reumática para além da que caracterizava o respectivo grupo, existência de outra doença sem ser reumática, acompanhamento psicológico e respectiva duração, acompanhamento psiquiátrico e respectiva duração e toma de medicação psiquiátrica. Ao grupo SA, foi aplicada uma versão idêntica, com excepção das questões relativas à duração de diagnóstico e sintomas.

Deste questionário consta ainda uma questão relativa à existência de atribuição causal da doença a um factor desencadeante, existente na versão aplicada aos grupos FM e AR: “Identifica algum acontecimento ocorrido no ano anterior ao surgimento dos seus sintomas de fibromialgia que associe ao desencadear da doença?”. Esta questão visa a codificação desta atribuição em atribuição a acontecimento de tipo “físico”⁸, atribuição a acontecimento de tipo “psicológico/emocional”⁹ e ausência de atribuição. Nos caso da resposta não ser claramente definível, foi codificada em função da ênfase dada pela paciente ao aspecto físico ou psicológico, na sua atribuição.

Procedimento

Para recrutamento do grupo com fibromialgia, foi efectuado em Janeiro de 2010 o contacto com a Myos- Associação Nacional Contra a Fibromialgia e Síndrome de Fadiga Crónica, que acedeu de imediato a colaborar no estudo, contactando

⁸Acidente de transporte, queda, cirurgia, doença, gravidez/parto.

⁹Perda de ente querido, ruptura emocional, perda de emprego, outra situação de vida extremamente stressante

telefonicamente e por correio electrónico as suas associadas, da zona da Grande Lisboa; seguidamente, as pacientes foram questionadas pela investigadora sobre o cumprimento dos critérios de inclusão e disponibilidade para participar. Foram contactadas 106 mulheres com diagnóstico de fibromialgia, das quais 52 não cumpriam os critérios de inclusão. Um total de 54 pacientes cumpria os critérios, das quais apenas quatro não aceitaram participar no estudo.

O protocolo de questionários foi inicialmente aplicado a um grupo-piloto de três doentes, que efectuou o auto-preenchimento, em contexto grupal, na sede da Myos. Devido às grandes dificuldades manifestadas pelas participantes no auto-preenchimento, causadas pelas limitações a nível motor, de fadiga e concentração que conduziram a uma duração média de preenchimento de aproximadamente 180 minutos, verificou-se que a aplicação deveria ser feita em formato de entrevista, com preenchimento efectuado pela entrevistadora e, consequentemente, individual.

Para a recolha de dados relativos ao grupo com artrite reumatóide, foi efectuado em Janeiro de 2010 o contacto com a Associação Nacional de Doentes com Artrite Reumatóide (ANDAR), que se disponibilizou a colaborar activamente no estudo, comprometendo-se a contactar telefonicamente os membros para divulgação do estudo e aferição da disponibilidade eventual para integrar a amostra.

A amostra saudável foi uma amostra de conveniência, obtida através do método de "bola-de-neve".

A recolha de dados efectuou-se entre Janeiro de 2010 e Abril de 2011 e decorreu na sede das associações de doentes e na casa das participantes, nos grupos clínicos e, unicamente na casa das participantes, no grupo saudável.

Todas as participantes assinaram uma declaração de consentimento informado (ver anexo A), sendo-lhes assegurada toda a informação sobre o estudo e a confidencialidade dos dados. Os três grupos preencheram os mesmos questionários, com excepção de dois questionários, um deles específico do grupo FM (*Fibromyalgia Impact Questionnaire*; Burckhardt, Clark, & Bennett, 1991; Rosado, Pereira, Fonseca, & Branco, 2006) e outro aplicado apenas ao grupo AR, por pretender excluir a presença concomitante de fibromialgia neste grupo (*Symptom Intensity Scale*; Wolfe & Rasker, 2006). Todas as aplicações foram presenciais, individuais e em formato de entrevista.

Devido a esta modalidade de aplicação e preenchimento pela entrevistadora, assegurou-se que não existiam respostas omissas.

Análise dos dados

A análise dos dados estrutura-se segundo uma divisão em três níveis: análises efectuadas unicamente ao grupo com fibromialgia, análises comparativas entre do grupo FM com os grupos AR e SA e, análises relativas especificamente à questão da atribuição causal.

Em primeiro lugar, referimos que, para maior adequação das análises de estatística inferencial a realizar, decidimos contabilizar unicamente os acontecimentos acontecidos ao próprio, para que os três tipos de acontecimentos estudados (acontecimentos potencialmente traumáticos na infância, acontecimentos potencialmente traumáticos sem ser na infância e acontecimentos negativos no último ano) estivessem na mesma escala de medida. Neste sentido, as pontuações nestas variáveis foram colocadas numa base percentual e são estas as apresentadas em todas as análises efectuadas.

A análise dos dados foi realizada através do programa *Statistical Package for Social Sciences* (v.19, SPSS inc. Chicago, IL).⁸. No âmbito do grupo FM, efectuámos análises de correlação bivariada entre os diferentes grupos de variáveis em estudo: variáveis de caracterização clínica, de saúde, acontecimentos de vida e personalidade. Seguidamente, efectuámos a Análise de Correspondências múltiplas, seguida de Análise de Clusters (método de optimização K-médias) com todas as variáveis de saúde, acontecimentos de vida e escalas clínicas da personalidade, com o objectivo de identificar diferentes perfis e subgrupos na amostra com fibromialgia. Apenas no âmbito da personalidade, efectuámos novamente uma Análise de Clusters (método de optimização K-médias) para identificação dos perfis relativos às escalas clínicas da personalidade, identificados na literatura. Por fim, utilizámos a Modelação de Equações Estruturais, com utilização do programa informático AMOS (v.18, Spss Inc, Chicago, IL), para testar modelos hipotéticos, relativos a diferentes padrões de relação de causalidade entre as variáveis em estudo.

No âmbito da comparação entre os grupos FM, AR e SA, utilizámos a Análise de Variância Multivariada (MANOVA) relativamente aos diferentes grupos de variáveis em estudo, seguida da análise de variância univariada (ANOVA) e teste *post-hoc* para cada uma das variáveis nas quais foram identificadas diferenças.

Por fim, em relação à atribuição causal, utilizámos a MANOVA para identificar diferenças em cada grupo de variáveis (saúde, acontecimentos de vida e personalidade) entre os três tipos de atribuição efectuados, no grupo FM, e, o Teste do Qui-Quadrado para aferir a significância da diferença nas frequências dos tipos de atribuição causal, entre os grupos FM e AR.

Resultados

A secção em que são apresentados os resultados está estruturada da seguinte forma: em primeiro lugar, apresentamos as análises estatísticas efectuadas unicamente ao grupo FM, procurando-se um conhecimento específico e aprofundado sobre este grupo. Num segundo momento, apresentamos as análises comparativas entre o grupo FM e os grupos AR e SA, no que respeita às variáveis em estudo. Por fim, surgem os resultados relativos à atribuição causal, nos quais se insere a comparação entre os grupos FM e AR a este nível.

Análises efectuadas ao grupo FM

Para identificar o padrão de relação entre as variáveis em estudo, procedemos ao cálculo do coeficiente de correlação¹⁰. Na Tabela 10, apresentamos as correlações estatisticamente significativas entre as variáveis clínicas, de saúde e os acontecimentos de vida.

¹⁰Coeficiente de correlação de Pearson para as variáveis que obedecem à normalidade da distribuição e coeficiente de correlação de Spearman para as que não seguem distribuição normal.

Tabela 10

Correlações Significativas entre Variáveis Clínicas, de Saúde e Acontecimentos de Vida no Grupo FM

Variável	S	D	IE	FIQ	SF-8 F	SF-8 M	Dor	APT-I	APT-NI	ANUA
S		.469** ¹	.924** ¹		-.451** ¹					
D				.366**	-.425**	-.422**	.380**			
IE					-.376**					
FIQ					-.676**	-.583**	.637**			
SF-8 F						.401**	-.515**			
SF-8 M							-.474**			
Dor										
APT-I									.284* ¹	.287* ¹
APT-NI										
ANUA										

Nota. N = 50; S = Duração dos sintomas; D = Duração do diagnóstico; IE = Índice de espera entre duração de sintomas e diagnóstico; FIQ = Impacto da fibromialgia; SF-8 F = Estado de saúde física; SF-8 M = Estado de saúde mental; APT-I = Acontecimentos potencialmente traumáticos na infância; APT-NI = Acontecimentos potencialmente traumáticos sem ser na infância; ANUA = Acontecimentos negativos no último ano

* $p < .05$

** $p < .01$

¹ Coeficiente de correlação de Spearman

No que respeita às correlações das variáveis de saúde entre si e com as variáveis de caracterização clínica, verificamos que a saúde física e mental têm uma relação positiva moderada entre si; a disfuncionalidade devida à fibromialgia e a dor têm relação positiva moderada entre si e ambas têm relação positiva baixa com a duração do diagnóstico. A saúde física e a saúde mental correlacionam negativamente, de forma moderada, com a disfuncionalidade, a dor e a duração do diagnóstico.

Os acontecimentos potencialmente traumáticos na infância apresentam uma relação positiva baixa com os acontecimentos potencialmente traumáticos sem ser na

infância e com os acontecimentos negativos no último ano, sendo que os dois últimos não correlacionam entre si.

Não existem correlações significativas entre as variáveis de saúde e os acontecimentos de vida.

Na Tabela 11, observamos as correlações estatisticamente significativas das variáveis clínicas da personalidade com as variáveis clínicas, de saúde e acontecimentos de vida.

Tabela 11

Correlações Significativas das Escalas Clínicas MMPI-2 com as Variáveis Clínicas, de Saúde e Acontecimentos de Vida no Grupo FM

Variável	S	D	IE	FIQ	SF-8 F	SF-8 M	Dor	APT-I	APT-NI	ANUA
Hs	.420** ¹		.404** ¹	.548**	-.703**		.306*			
D	.305* ¹		.324* ¹	.499**	-.535**					
Hy				.474**	-.569**					
Pd										
Mf										
Pa										
Pt				.438**	-.393**	-.396**				
Sc					-.315*					
Ma									.362** ¹	
Si									-.307*	

Nota. N = 50; S = Duração dos sintomas; D = Duração do diagnóstico; IE = Índice de espera entre duração de sintomas e diagnóstico; FIQ= Impacto da fibromialgia; SF-8 F = Estado de saúde física; SF-8 M = Estado de saúde mental; APT-I = Acontecimentos potencialmente traumáticos na infância; APT-NI = Acontecimentos potencialmente traumáticos sem ser na infância; ANUA = Acontecimentos negativos no último ano.

Hs = Hipocondria; D = Depressão; Hy = Histeria; Pd = Psicopatia; Mf = Masculinidade/feminilidade; Pa = Paranóia; Pt = Psicastenia; Sc = Esquizofrenia; Ma = Hipomania; Si = Introversão social

* $p < .05$

** $p < .01$

¹ Coeficiente de correlação de Spearman

No que respeita às correlações entre as variáveis de caracterização clínica e de saúde com as escalas clínicas da personalidade, tanto a duração dos sintomas como o índice de espera têm relação positiva moderada com a hipocondria e depressão. A disfuncionalidade tem relação positiva moderada com a hipocondria, depressão, histeria e psicastenia e, a dor tem relação positiva moderada, unicamente com a hipocondria. A saúde física tem uma relação negativa elevada com a hipocondria, negativa moderada com a depressão e histeria e negativa baixa com a psicastenia e esquizofrenia. A saúde mental tem uma relação negativa baixa unicamente com a psicastenia.

No que respeita aos acontecimentos de vida, os acontecimentos potencialmente traumáticos sem ser na infância correlacionam de forma positiva baixa com a hipomania e de forma negativa, igualmente baixa, com a introversão social.

Na Tabela 12, podemos observar as correlações estatisticamente significativas entre as variáveis de conteúdo da personalidade e as variáveis clínicas, de saúde e acontecimentos de vida.

Tabela 12

Correlações Significativas das Escalas de Conteúdo MMPI-2 com as Variáveis Clínicas, de Saúde e Acontecimentos de Vida no Grupo FM

Variável	S	D	IE	FIQ	SF-8 F	SF-8 M	Dor	APT-I	APT-NI	ANUA
ANX				.350*	-.304*		.386**			
FRS				.285*		-.340*				
OBS							.295*		-.323*	
DEP						-.307*				
HEA	.394** ¹		.382** ¹	.600**	-.662**		.385**			
CYN		-.332*								
LSE				.282*						
FAM								.316* ¹	.301*	
TRT				.338*						

Nota. N = 50; S = Duração dos sintomas; D = Duração dos sintomas; IE = Índice de espera entre duração de sintomas e diagnóstico; FIQ = Impacto da fibromialgia; SF-8 F = Estado de saúde física; SF-8 M = Estado de saúde mental; APT-I = Acontecimentos potencialmente traumáticos na infância; APT-NI = Acontecimentos potencialmente traumáticos sem ser na infância; ANUA = Acontecimentos negativos no último ano

ANX = Ansiedade; FRS = Medos; OBS = Obsessividade; DEP = Depressão; HEA = Preocupações com a saúde; CYN = Cinismo; LSE = Baixa auto-estima; FAM = Problemas familiares; TRT = Indicadores negativos de tratamento

* $p < .05$

** $p < .01$

¹ Coeficiente de correlação de Spearman

No que respeita às correlações entre as variáveis de caracterização clínica e de saúde e as escalas de conteúdo da personalidade, a escala preocupações com a saúde apresenta uma relação positiva baixa com a dor, a duração dos sintomas e o índice de espera, igualmente positiva mas moderada com a disfuncionalidade e negativa moderada com a saúde física. A duração do diagnóstico tem uma relação negativa baixa com o cinismo. A ansiedade tem uma relação positiva baixa com a disfuncionalidade e dor e uma relação negativa baixa com a saúde física. A disfuncionalidade apresenta uma

relação positiva baixa com os medos, baixa auto-estima e indicadores negativos de tratamento e, a dor tem uma relação semelhante com a obsessividade. A saúde mental correlaciona de forma negativa e baixa com os medos e com a depressão.

Quanto aos acontecimentos de vida, tanto os acontecimentos potencialmente traumáticos na infância como os sem ser na infância têm uma relação positiva baixa com os problemas familiares; existe ainda uma relação negativa baixa entre os acontecimentos potencialmente traumáticos sem ser na infância e a obsessividade.

Na Tabela 13, são apresentadas as correlações estatisticamente significativas das escalas de perturbação da personalidade (PSY-5) com as variáveis de clínicas, de saúde e acontecimentos de vida.

Tabela 13

Correlações Significativas das Escalas PSY-5 MMPI-2 com as Variáveis Clínicas, de Saúde e Acontecimentos de Vida no Grupo FM

Variável	S	D	IE	FIQ	SF-8 F	SF-8 M	Dor	APT-I	APT-NI	ANUA
AGGR	-299* ¹		-282* ¹						394** ¹	
DISC	-333* ¹		-344* ¹	-346*		382**	-468**		331*	
INTR			282* ¹							

Nota. N = 50; S = Duração dos sintomas; D = Duração do diagnóstico; IE = Índice de espera entre duração de sintomas e diagnóstico; FIQ = Impacto da fibromialgia; SF-8 F = Estado de saúde física; SF-8 M = Estado de saúde mental; APT-I = Acontecimentos potencialmente traumáticos na infância; APT-NI = Acontecimentos potencialmente traumáticos sem ser na infância; ANUA = Acontecimentos negativos no último ano

AGGR = Agressividade; DISC = Desinibição comportamental; INTR = Introversão (Baixa emocionalidade positiva)

* $p < .05$

** $p < .01$

¹ Coeficiente de correlação de Spearman

No que respeita às correlações entre as variáveis de caracterização clínica e de saúde e as escalas de perturbação da personalidade, a desinibição comportamental apresenta uma relação negativa baixa com a disfuncionalidade, a duração dos sintomas

e o índice de esperam, negativa moderada com a dor e positiva baixa com a saúde mental. A duração dos sintomas e o índice de espera têm relação negativa baixa com a agressividade e, o índice de espera tem ainda relação positiva baixa com a introversão.

Quanto aos acontecimentos de vida, os acontecimentos potencialmente traumáticos sem ser na infância apresentam uma correlação positiva baixa com a agressividade e com a desinibição comportamental.

Por fim, na Tabela 14, observamos as correlações estatisticamente significativas das escalas suplementares da personalidade com as variáveis clínicas, de saúde e acontecimentos de vida.

Tabela 14

Correlações Significativas das Escalas Suplementares MMPI-2 com as Variáveis Clínicas, de Saúde e Acontecimentos de Vida no Grupo FM

Variável	S	D	IE	FIQ	SF-8 F	SF-8 M	Dor	APT-I	APT-NI	ANUA
A				.300*						
R	.350* ¹		.387** ¹		-.348*				-.413**	
ES	-.497** ¹		-.495** ¹	-.502** ¹	.443** ¹					
DO				-.284*						
RE					-.318*		.301*			
MDS								.296* ¹		
GF				.399**	-.428**		.373**			

Nota. N = 50; S = Duração dos sintomas; D = Duração dos sintomas; IE = Índice de espera entre duração de sintomas e diagnóstico; FIQ = Impacto da fibromialgia; SF-8 F = Estado de saúde física; SF-8 M = Estado de saúde mental; APT-I = Acontecimentos potencialmente traumáticos na infância; APT-NI = Acontecimentos potencialmente traumáticos sem ser na infância; ANUA = Acontecimentos negativos no último ano

A = Ansiedade; R = Repressão; ES = Força do ego; DO = Domínio; RE = Responsabilidade social; MDS = Distress conjugal; GF = Género feminino

* $p < .05$

** $p < .01$

¹ Coeficiente de correlação de Spearman

No que respeita às correlações entre as variáveis de caracterização clínica e de saúde com as escalas suplementares da personalidade, a força do ego tem relação negativa moderada com a disfuncionalidade, a duração dos sintomas e o índice de espera e positiva moderada com a saúde física. A repressão tem uma relação positiva baixa com a duração dos sintomas e o índice de espera e uma relação negativa baixa com a saúde física. O papel de género feminino tem uma relação positiva baixa com a disfuncionalidade e com a dor e negativa moderada com a saúde física. As relações seguintes são todas de baixa magnitude: relação positiva entre a disfuncionalidade e a ansiedade e entre a responsabilidade social e a dor; relação negativa da disfuncionalidade com o domínio e da responsabilidade social com a saúde física.

Os acontecimentos potencialmente traumáticos na infância correlacionam de forma positiva e baixa com o distress conjugal e os acontecimentos potencialmente traumáticos sem ser na infância têm uma relação negativa moderada com a repressão.

No sentido de caracterizar o grupo com fibromialgia, procurámos identificar a configuração da relação entre as múltiplas variáveis, para, em função da mesma e do posicionamento das participantes num plano dimensional, obtermos em seguida a definição de diferentes grupos, correspondentes a diferentes perfis. Com este fim, realizou-se uma análise de correspondências múltiplas, para obter a relação entre as variáveis de saúde, acontecimentos de vida e escalas clínicas na personalidade e sua representação em duas dimensões.

Para a construção dos perfis foram utilizados 16 indicadores, apresentados na Tabela 15. Estes indicadores correspondem às quatro variáveis de saúde (disfunção, estado de saúde física, estado de saúde mental e dor), aos três acontecimentos de vida (acontecimentos potencialmente traumáticos na infância, sem ser na infância e acontecimentos negativos no último ano) e às dez escalas clínicas do MMPI-2.

Em cada indicador foram estabelecidas duas categorias, da seguinte forma: nas variáveis de saúde e nos acontecimentos de vida, uma das categorias corresponde à pontuação abaixo da média nessa variável e a outra categoria, à pontuação acima da média. Nos indicadores correspondentes às escalas clínicas do MMPI, uma das

categorias corresponde a pontuação inferior a valores t de 65 (não significativa) e pontuações iguais ou superiores a valores t de 65 (cl clinicamente significativa).

Tabela 15

Indicadores e Categorias para Discriminação do Grupo FM na Análise de Correspondências Múltiplas

Variável (designação)	Variável (descrição)	Categorias	Observações
Disfunção	Pontuação no FIQ	1 “ ≤ 57.49 ” 2 “ > 57.49 ”	Criação das categorias através do cálculo da média. 1 = abaixo da média 2 = acima da média
Mal-estar físico	Pontuação no SF-8 físico	1 “ ≥ 32.53 ” 2 “ < 32.53 ”	Criação das categorias através do cálculo da média. 1 = acima da média 2 = abaixo da média
Mal-estar mental	Pontuação no SF-8 mental	1 “ ≥ 47.07 ” 2 “ < 47.07 ”	Criação das categorias através do cálculo da média. 1 = acima da média 2 = abaixo da média
Dor	Pontuação na escala de dor	1 “ ≤ 5.96 ” 2 “ > 5.96 ”	Criação das categorias através do cálculo da média. 1 = abaixo da média 2 = acima da média
Acontecimentos na infância	Pontuação no LAV	1 “ ≤ 8.88 ” 2 “ > 8.88 ”	//

Acontecimentos sem ser na infância	Pontuação no LAV	1 “ ≤ 16.63 ” 2 “ > 16.63 ”	//
Acontecimentos negativos no último ano	Pontuação no Questionário de acontecimentos do último ano	1 “ ≤ 5.37 ” 2 “ > 5.37 ”	//
Hipocondria	Escala clinica do MMPI-2	1 “ $t < 65$ ” 2 “ $t \geq 65$ ”	Criação das categorias através do ponto de corte
Depressão	Escala clinica do MMPI-2	1 “ $t < 65$ ” 2 “ $t \geq 65$ ”	//
Histeria	Escala clinica do MMPI-2	1 “ $t < 65$ ” 2 “ $t \geq 65$ ”	//
Psicopatia	Escala clinica do MMPI-2	1 “ $t < 65$ ” 2 “ $t \geq 65$ ”	//
Masculinidade/feminilidade	Escala clinica do MMPI-2	1 “ $t \leq 65$ ” 2 “ $t \geq 65$ ”	//
Paranóia	Escala clinica do MMPI-2	1 “ $t < 65$ ” 2 “ $t \geq 65$ ”	//
Psicastenia	Escala clinica do MMPI-2	1 “ $t < 65$ ” 2 “ $t \geq 65$ ”	//
Esquizofrenia	Escala clinica do MMPI-2	1 “ $t < 65$ ” 2 “ $t \geq 65$ ”	//
Hipomania	Escala clinica do MMPI-2	1 “ $t < 65$ ” 2 “ $t \geq 65$ ”	//

Introversão social	Escala clinica do MMPI-2	1 “ $t < 65$ ”	
		2 “ $t \geq 65$ ”	//

Observando as frequências de cada categoria, verificámos a existência de cinco escalas clínicas da personalidade nas quais a discrepância entre o número de pacientes com pontuação clinicamente significativa e com pontuação não significativa era demasiado elevada: a hipocondria e a depressão, nas quais, respectivamente, 10 e 18% das pacientes se enquadrava na categoria da pontuação significativa e, no sentido contrário, a masculinidade/feminilidade, hipomania e introversão social, nas quais, respectivamente 6, 14 e 12% se enquadrava nessa categoria. Assim, decidimos excluir estas cinco variáveis da análise subsequente.

Como resultado da análise de correspondências múltiplas, a solução obtida de duas dimensões apresenta uma variância explicada de 2,336 e uma inércia perdida de 9,663. A dimensão 1 explica uma variância de 24,5% e a dimensão 2 explica uma variância de 15%, sendo que as duas dimensões explicam 39,5% da variância total. Na Tabela 16 podemos observar quais as variáveis que mais contribuem para a definição de cada uma das duas dimensões.

Tabela 16

Discriminação das Variáveis nas Duas Dimensões obtidas na Análise de Correspondências Múltiplas

	Dimensão		Média
	1	2	
Disfunção	0,607	0,133	0,370
Mal-estar físico	0,438	0,101	0,269
Mal-estar mental	0,323	0,124	0,224
Dor	0,196	0,206	0,201
APT-I	0,006	0,035	0,020
APT-NI	0,002	0,291	0,147
ANUA	0,031	0,051	0,041
Histeria	0,196	0,014	0,105
Psicopatia	0,262	0,354	0,308
Paranóia	0,273	0,103	0,188
Psicastenia	0,408	0,014	0,211
Esquizofrenia	0,194	0,369	0,281

Nota. APT-I = Acontecimentos potencialmente traumáticos na infância; APT-NI = Acontecimentos potencialmente traumáticos sem ser na infância; ANUA = Acontecimentos negativos no último ano

No sentido de interpretar as dimensões, recorreu-se à observação das contribuições, observando-se apenas os valores de inércia acima de 0,041¹¹. Assim, observando a Tabela x, podemos considerar que a dimensão é definida pela disfuncionalidade, mal-estar físico, histeria, paranóia e psicastenia. Relativamente à dor, que apresenta valores muito semelhantes nas duas dimensões (embora ligeiramente superiores na dimensão 2), decidimos por critério teórico interpretá-la na dimensão 1. A

¹¹ 1/24 categorias

dimensão 2 é definida pelos acontecimentos sem ser na infância, acontecimentos negativos no último ano, psicopatia e esquizofrenia.

Os traços de diferenciação dos pólos negativos e positivos de cada uma das duas dimensões encontram-se representados na Tabela 17.

Tabela 17

Quantificação das Categorias nas Dimensões Obtidas na Análise de Correspondências Múltiplas

Dimensão	Indicadores	Pólo Negativo	Pólo positivo
Dimensão 1	Disfunção	> 57.49 (-0,663)	<= 57.49 (0,915)
	Mal-estar físico	<= 32.53 (-0,662)	> 32.53 (0,662)
	Mal-estar mental	<= 47.07 (-0,464)	> 47.07 (0,697)
	Dor	> 5.96 (-0,332)	<= 5.96 (0,590)
	Histeria	>= 65 (-0,249)	< 65 (0,788)
	Paranóia	>= 65 (-0,799)	< 65 (0,342)
	Psicastenia	>= 65 (-0,639)	< 65(0,639)
	Acontecimentos sem ser infância	<=16.63 (-0,519)	> 16.63 (0,562)
	Acont. negativos último ano	<= 5.37 (-0,163)	> 5.37(316)
	Psicopatia	<65 (-0,350)	>= 65 (1,107)
	Esquizofrenia	<65 (-0,756)	>= 65 (0,463)

Assim, a dimensão 1 integra as pacientes que têm valores elevados de disfuncionalidade, mal-estar físico, mal-estar mental, dor, histeria, paranóia e psicastenia, por oposição às que têm valores mais baixos em todas estas variáveis. A

dimensão 2 integra as pacientes que têm valores elevados de acontecimentos potencialmente traumáticos sem ser na infância, acontecimentos negativos no último ano, psicopatia e esquizofrenia, por oposição às que têm valores mais baixos nestas variáveis.

Na Figura 3, observamos a distribuição das variáveis no plano de duas dimensões obtido através da análise de correspondências múltiplas. A partir desta observação, consideramos a existência de dois perfis, sendo que a dimensão 1, que é preponderante, efectua a divisão entre eles: o perfil que se enquadra no pólo negativo da dimensão 1 corresponde às pontuações elevadas nas variáveis físicas disfunção, mal-estar físico, mal-estar mental e dor, nas variáveis de personalidade histeria, psicopatia, paranóia, psicastenia e esquizofrenia e ainda nos acontecimentos negativos no último ano; o perfil que se enquadra no pólo positivo da dimensão 1 corresponde a pontuações baixas nestas mesmas variáveis de saúde e de personalidade. Os acontecimentos potencialmente traumáticos na infância e sem ser na infância não definem nenhum dos perfis.

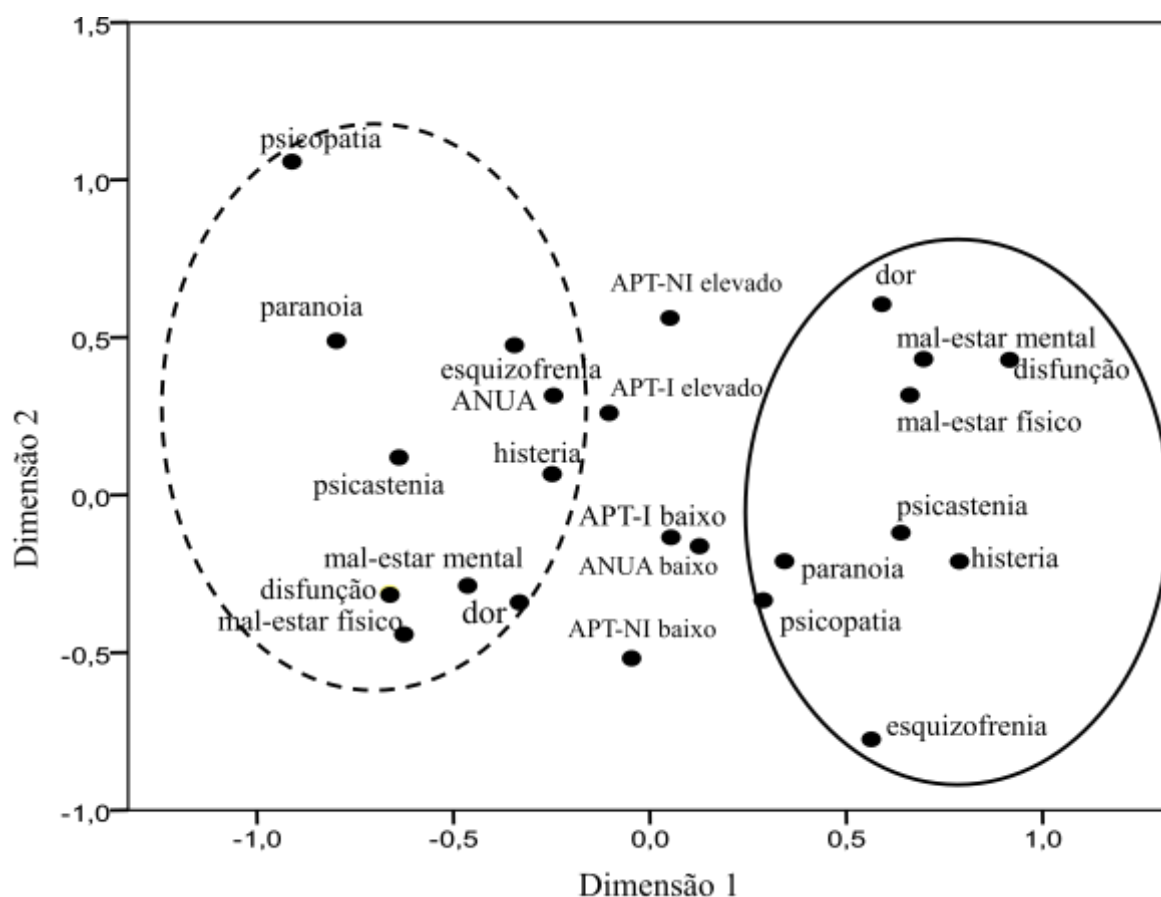


Figura 3. Distribuição das variáveis no plano de duas dimensões obtido na análise de correspondências múltiplas.

Nota. - - - pontuação elevada nas variáveis; - pontuação baixa nas variáveis; APT-I = Acontecimentos potencialmente traumáticos na infância; APT-NI = Acontecimentos potencialmente traumáticos sem ser na infância; ANUA = Acontecimentos negativos no último ano.

Realizou-se seguidamente uma análise de clusters, através do método de optimização K-médias, com o objectivo de classificar as pacientes segundo os dois perfis distintos de caracterização delineados pela análise de correspondências múltiplas. Assim, obtivemos dois clusters: cluster 1 ($N= 36$) e cluster 2 ($N= 14$), sendo o cluster 1 nomeado “Baixa sintomatologia” e o cluster 2 nomeado “Perturbação e disfuncionalidade”. Na formação dos clusters atingiu-se a convergência devido à ausência de mudança nos centróides (iteração = 6). A distância mínima entre os centróides foi de 4.043. Na Tabela 18 podemos identificar o posicionamento dos clusters no plano dimensional da análise de correspondências múltiplas.

Tabela 18

Caracterização dos Centróides dos Clusters em Função das Dimensões da Análise de Correspondências Múltiplas

	Cluster	
	1	2
Dimensão 1	1,91	- 1,83
Dimensão 2	-0,38	1,16

Para verificar se a pertença aos diferentes clusters teve um efeito estatisticamente significativo na idade e nas variáveis clínicas duração dos sintomas de fibromialgia, duração do diagnóstico e índice de espera, efectuou-se uma análise de variância (ANOVA). Não existiram diferenças significativas entre os dois grupos em nenhuma das variáveis.

Numa análise específica à personalidade, pretendemos classificar as pacientes segundo os seus perfis nas escalas clínicas do MMPI-2. Para tal, realizou-se a análise de clusters, através do método de optimização K-médias, na medida em que seguimos a indicação prévia da existência de três perfis básicos extensamente identificados na literatura (i.e., perfil normativo, perfil de dor crónica e perfil psicopatológico). Assim, obtivemos três clusters: Cluster 1 ($N= 11$), Cluster 2 ($N= 17$) e Cluster 3 ($N= 22$). Na formação dos clusters atingiu-se a convergência devido à ausência de mudança nos centróides (iteração = 5). A distância mínima entre os centróides foi de 76.033. Na Tabela 19, apresentamos a pontuação média nas escalas clínicas, em cada um dos clusters.

Tabela 19

Pontuação Média nas Escalas Clínicas nos Três Clusters da Personalidade

	Cluster		
	1	2	3
	(n = 11)	(n = 17)	(n = 22)
Hipocondria	90	80	73
Depressão	84	83	65
Histeria	89	78	68
Psicopatia	56	68	53
Masculinidade/Feminilidade	48	50	53
Paranóia	54	70	54
Psicastenia	65	74	56
Esquizofrenia	68	78	61
Hipomania	51	58	58
Introversão social	55	60	53

O cluster 1 corresponde a 22% da amostra e é caracterizado por pontuações consideradas muito elevadas nas três primeiras escalas clínicas (hipocondria, depressão e histeria), e, por valores não clinicamente significativos nas restantes escalas, sendo que apenas na psicastenia obteve um valor clinicamente significativo ($t \geq 65$). Neste sentido, este cluster foi nomeado “Perfil típico de dor crónica”, por corresponder, maioritariamente, a elevações significativas nas três escalas que habitualmente se encontram significativamente elevadas em amostras com dor crónica. O cluster 2 corresponde a 34% da amostra, é caracterizado por pontuações clinicamente significativas na maioria das escalas e, neste sentido, foi nomeado “Perfil

psicopatológico”. O cluster 3 corresponde a 44% da amostra e caracteriza-se por ausência de elevações na totalidade das escalas (sendo que, embora tenha tido valores = ou > a 65 nas três primeiras escalas, estas elevações foram pouco significativas e são expectáveis em doentes com dor crónica); neste sentido, foi nomeado “Perfil normativo”.

Para verificar a existência de diferenças significativas nas variáveis de saúde, em função da pertença aos diferentes clusters, efectuou-se uma análise de variância multivariada (MANOVA) ao compósito constituído pela disfuncionalidade, saúde física, saúde mental e dor. O tipo de cluster teve um efeito tendencialmente significativo no compósito de variáveis (Traço de Pillai = 0.280; $F(4,90) = 1.835$; $p = .081$; $\eta^2_{\text{par}} = .140$). Observada a significância multivariada do tipo de grupo, procedeu-se à ANOVA univariada para cada uma das variáveis dependentes, seguidas do teste post-hoc Gabriel, o mais apropriado e com maior poder quando a dimensão dos grupos é ligeiramente diferente (Pestana & Gageiro, 2008).

Houve diferenças significativas na disfuncionalidade, em função do tipo de cluster ($F(2,47) = 7.184$; $p = .002$; $\eta^2_{\text{par}} = .234$), sendo que o cluster 3 apresentou o menor nível de disfuncionalidade ($M = 49.91$; $DP = 14.41$), seguindo-se o cluster 2 ($M = 62.72$; $DP = 9.62$) e o cluster 1 ($M = 64.56$; $DP = 12.68$). O teste de comparações múltiplas indica que o cluster 3 difere significativamente do cluster 1 (I.C. a 95%] -25.99; -3.32; $p = .007$) e do cluster 2 (I.C. a 95%] -22.84; -2.77; $p = .008$); os cluster 1 e 2 não diferem significativamente entre si (I.C. a 95%] -10.14; 13.82; $p = .974$).

No estado de saúde física, verificaram-se igualmente diferenças significativas em função do tipo de cluster ($F(2,47) = 4.638$; $p = .015$; $\eta^2_{\text{par}} = .165$), sendo que o cluster 3 é o que apresenta pontuação mais elevada ($M = 42.04$; $DP = 23.80$), seguindo-se o cluster 2 ($M = 27.35$; $DP = 14.03$) e o cluster 1 ($M = 21.51$; $DP = 20.28$). O teste de comparações múltiplas indica que o cluster 1 difere significativamente do cluster 3 (I.C. a 95%] -38.69; -2.36; $p = .022$); o cluster 1 não difere significativamente do cluster 2 (I.C. a 95%] -25.04; 13.36; $p = .836$) nem o cluster 2 difere do cluster 3 (I.C. a 95%] -30.78; 1.39; $p = .083$).

Não existiram diferenças significativas em função do tipo de cluster nas variáveis estado de saúde mental ($F(2,47) = 1.504$; $p = .233$; $\eta^2_{\text{par}} = .060$) e nível de dor ($F(2,47) = 1.448$; $p = .245$; $\eta^2_{\text{par}} = .058$).

Para verificar se existiam diferenças significativas nos acontecimentos de vida potencialmente traumáticos na infância e sem ser na infância, em função da pertença aos diferentes clusters, efectuou-se uma análise de variância multivariada (MANOVA). O tipo de cluster não teve efeito significativo no compósito de variáveis (Traço de Pillai = 0.068; $F(4,94) = 0.831$; $p = .509$; $\eta^2_{\text{par}} = .034$).

Por fim, no que respeita às análises centradas no grupo com fibromialgia, pretendemos testar três modelos hipotéticos, correspondentes a diferentes padrões de relação de causalidade entre a personalidade, os acontecimentos de vida e a saúde, com base na literatura existente.

Estas análises foram efectuadas através da modelação de equações estruturais, com base nas matrizes de correlações e método da máxima verosimilhança. Os índices utilizados para avaliação da qualidade do ajustamento dos modelos e os respectivos critérios de aceitação são: χ^2 ($\Delta\chi^2$ significativo na comparação de modelos), *CFI* (*Comparative Fit Index*; $> .90$), *GFI* (*Goodness-of-Fit Index*; $> .90$), *RMSEA* (*Root-Mean-Square Error of Approximation*; $< .07$), *AIC* (*Akaike Information Criterion*) (Byrne, 2001). Este último serve a comparação de modelos e, valores menores indicam melhor ajustamento do modelo.

As três variáveis latentes são as mesmas nos três modelos: personalidade, acontecimentos de vida e saúde e, cada uma destas variáveis latentes é constituída por um conjunto de indicadores: os indicadores da variável personalidade são as três escalas clínicas que correspondem a uma dimensão mais neurótica da personalidade, por oposição a uma dimensão mais psicopatológica presente em outras escalas: hipocondria, depressão e histeria. Os indicadores da variável acontecimentos de vida são as três variáveis relativas aos acontecimentos de vida (acontecimentos negativos do último ano, acontecimentos potencialmente traumáticos na infância e acontecimentos potencialmente traumáticos sem ser na infância). Os indicadores da variável saúde são

as quatro variáveis deste âmbito: estado de saúde física, estado de saúde mental, nível de dor e a disfuncionalidade.

O primeiro modelo a ser testado (ver Figura 4) apresenta a personalidade como preditora dos acontecimentos de vida e da saúde, hipotetizando também uma relação de mediação, com a variável acontecimentos de vida como mediadora da relação entre personalidade e saúde.

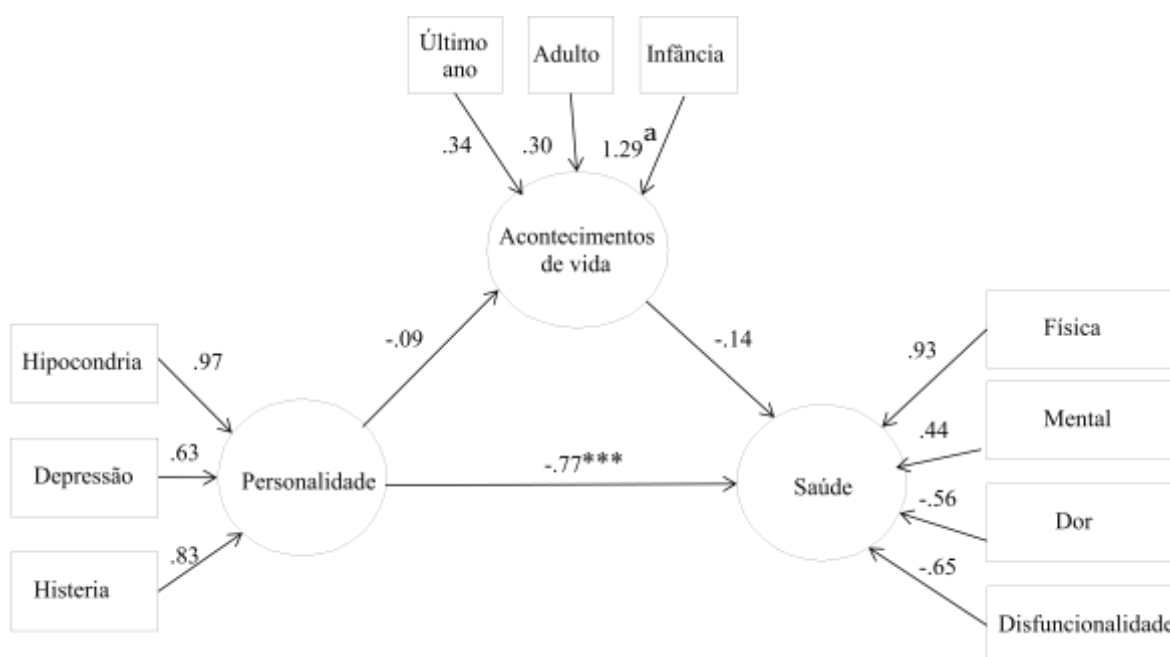


Figura 4. Coeficientes da máxima verosimilhança standardizados para o modelo de equação estrutural descrevendo a relação entre a personalidade e a saúde, mediada pelos acontecimentos de vida.

Nota. *** $p < .001$; ^a caso heywood

Verificamos que a única correlação significativa é a correlação negativa moderada entre a personalidade e a saúde. A correlação positiva entre a personalidade e os acontecimentos de vida e a correlação negativa entre os acontecimentos de vida e a saúde, são ambas não significativas. Como tal, a personalidade revela-se apenas preditora da saúde e, a relação de mediação hipotetizada não se verificou.

O segundo modelo a ser testado (ver Figura 5) apresenta os acontecimentos de vida como preditores da personalidade e da saúde.

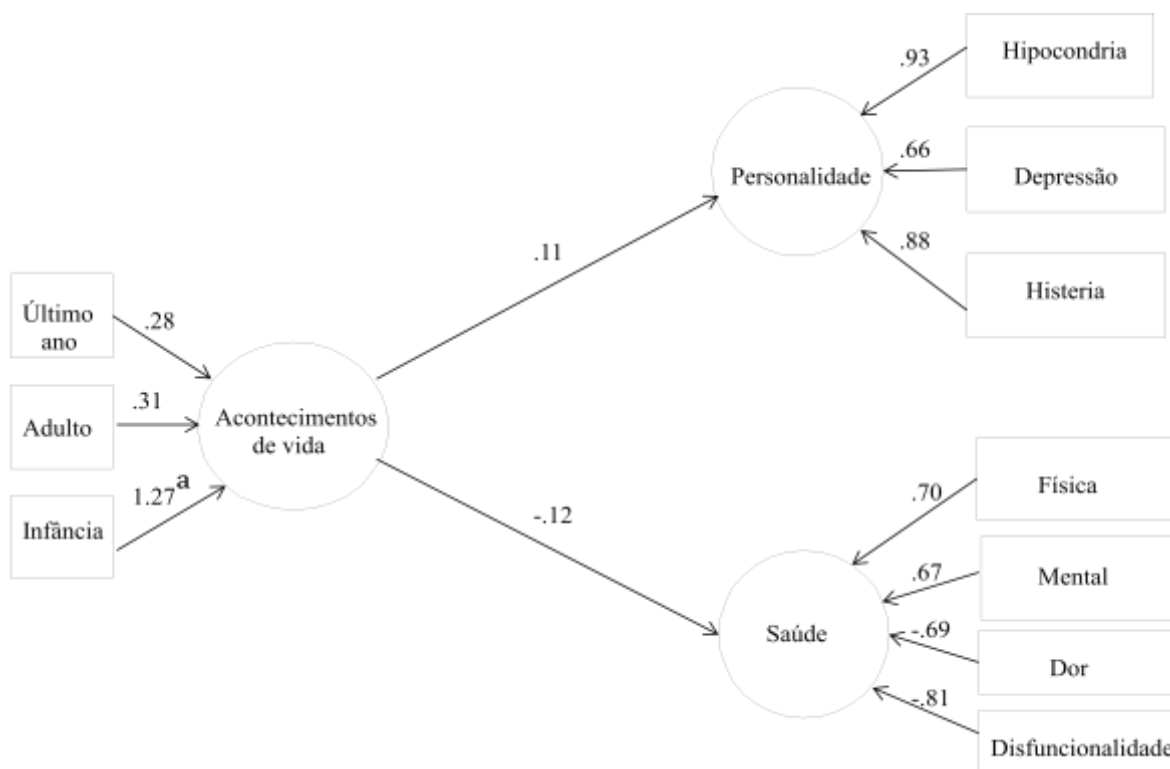


Figura 5. Coeficientes da máxima verossimilhança estandardizados para o modelo de equação estrutural descrevendo a relação dos acontecimentos de vida com a personalidade e com a saúde.

Nota.^a caso *heywood*

Podemos verificar que os acontecimentos não se revelam preditores, quer da personalidade, quer da saúde, uma vez que a correlação positiva que apresentam com a personalidade e a correlação negativa que apresentam com a saúde, são ambas não significativas.

O terceiro e último modelo a ser testado (ver Figura 6) apresenta a variável saúde como preditora da personalidade e dos acontecimentos de vida.

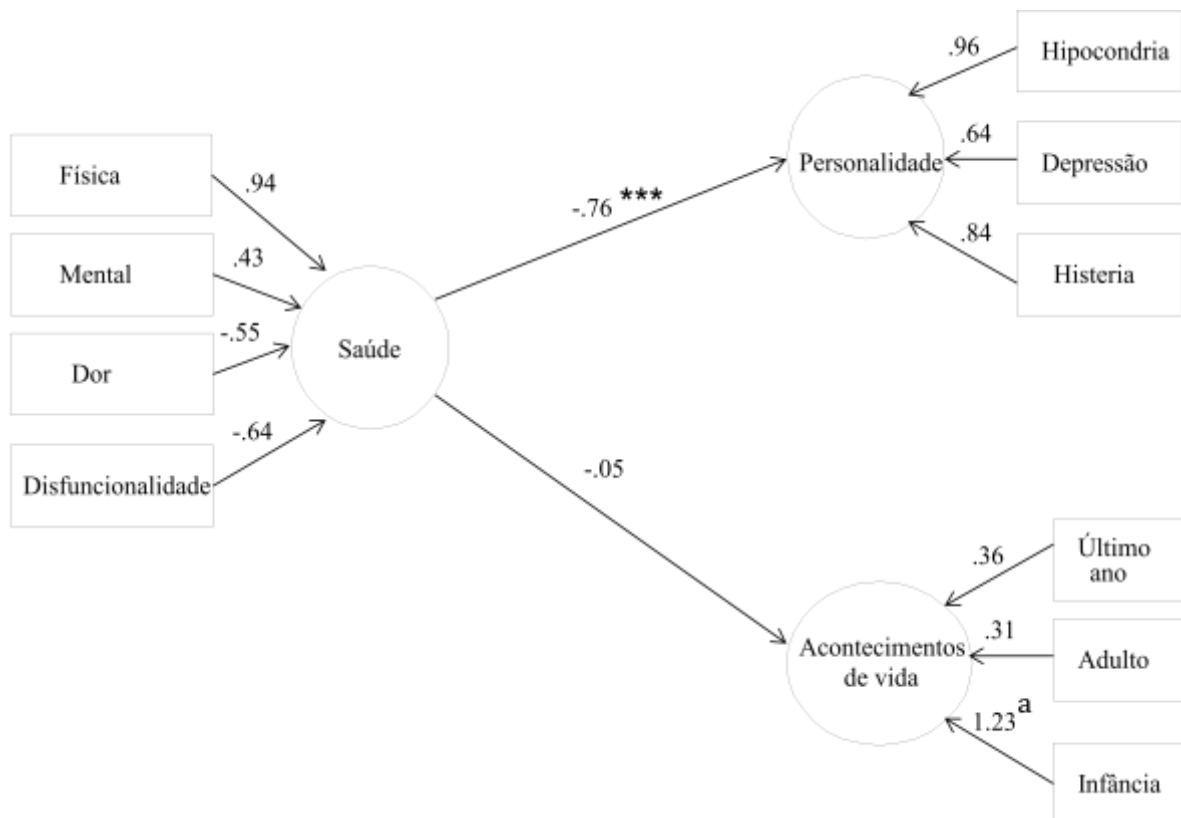


Figura 6. Coeficientes da máxima verossimilhança estandardizados para o modelo de equação estrutural descrevendo a relação da saúde com a personalidade e com os acontecimentos de vida.

Nota. *** $p < .001$; ^a caso heywood

Verificamos que a única correlação significativa é a correlação negativa moderada entre a personalidade e a saúde, sendo que a correlação entre a saúde e os acontecimentos de vida é não significativa. Como tal, o estado de saúde revela-se preditor da personalidade.

A análise dos índices de ajustamento para os três modelos (ver Tabela 20) mostra um razoável ajustamento aos dados do modelo 1 e um ajustamento menor, mas ainda aceitável, do modelo 3; o modelo 2 é claramente inadequado.

Tabela 20

Índices de Ajustamento dos Três Modelos de Medida

Modelo de medida	χ^2	gl	p	CFI	GFI	RMSEA	AIC
Modelo 1	37.434	31	.198	.96	.87	.06	85.434
Modelo 2	70.351	34	.000	.79	.80	.14	112.351
Modelo 3	40.736	32	.138	.95	.85	.07	86.736

Nota. CFI = comparative fit index; GFI = goodness-of-fit index; RMSEA = root-mean-square error of approximation; AIC = akaike information criterion

Comparando os dois modelos com razoável ajustamento, o modelo 1 e o modelo 3, $\Delta\chi^2 (1, N = 50) = 3,302, p > .5$, verifica-se que a diferença de ajustamento entre ambos não é significativa; assim, consideramos que, sendo ambos os modelos adequados, o primeiro modelo é o mais preditivo. Em suma, no âmbito dos modelos aqui testados, a personalidade revelou-se preditora do estado de saúde e, secundariamente, o estado de saúde é também preditor da personalidade.

Comparação entre os três grupos

Quisemos verificar se existiam diferenças entre os três grupos (FM, AR e NO) ao nível das variáveis de saúde, dos acontecimentos de vida e da personalidade.

Através da análise de variância multivariada (MANOVA), verificamos que houve diferenças significativas no compósito de medidas de saúde (estado de saúde físico, estado de saúde mental e dor), em função do tipo de grupo (Traço de Pillai = 0.802; $F(6,29) = 32.548; p = .000; \eta^2_{\text{par}} = .401$). Observada a significância multivariada do tipo de grupo, procedeu-se à ANOVA univariada para cada uma das variáveis dependentes, seguidas do teste post-hoc HSD de Tukey.

Houve diferenças significativas no estado de saúde física, em função do tipo de grupo ($F(2,147) = 75.806; p = .000; \eta^2_{\text{par}} = .508$), sendo que o grupo FM teve os

valores mais baixos ($M= 32.53$; $DP= 21.63$), seguindo-se o grupo AR ($M= 53.46$; $DP= 17.72$) e o grupo SA ($M= 76.03$; $DP= 12.41$). O teste de comparações múltiplas (Tukey HSD) indica que os três grupos diferem significativamente entre si (ver Tabela 21).

Tabela 21

Diferença Média e Significância (Teste de Tukey HSD) no Estado de Saúde Física em Função do Tipo de Grupo

	Saudável		Artrite reumatóide	
	Diferença média	p	Diferença média	P
Fibromialgia	43.50	.000	20.93	.000
Artrite	22.56	.000	-	

Nota. $N = 150$

Existiram diferenças significativas no estado de saúde mental, em função do tipo de grupo ($F(2,147) = 38.048$; $p = .000$; $\eta^2_{\text{par}} = .341$), sendo novamente o grupo FM a apresentar os valores mais baixos ($M= 47.06$; $DP= 16.89$), seguido do grupo AR ($M= 61.60$; $DP= 17.79$) e do grupo SA ($M= 75.33$; $DP= 13.61$). O teste de comparações múltiplas (Tukey HSD) indica que os três grupos diferem significativamente entre si (ver Tabela 22).

Tabela 22

Diferença Média e Significância (Teste de Tukey HSD) no Estado de Saúde Mental em Função do Tipo de Grupo

	Saudável		Artrite reumatóide	
	Diferença média	P	Diferença média	P
Fibromialgia	28.26	.000	14.53	
Artrite	13.73	.000	-	.000

Nota. $N = 150$

Na Figura 7, é observável a pontuação no estado de saúde física e mental nos três grupos.

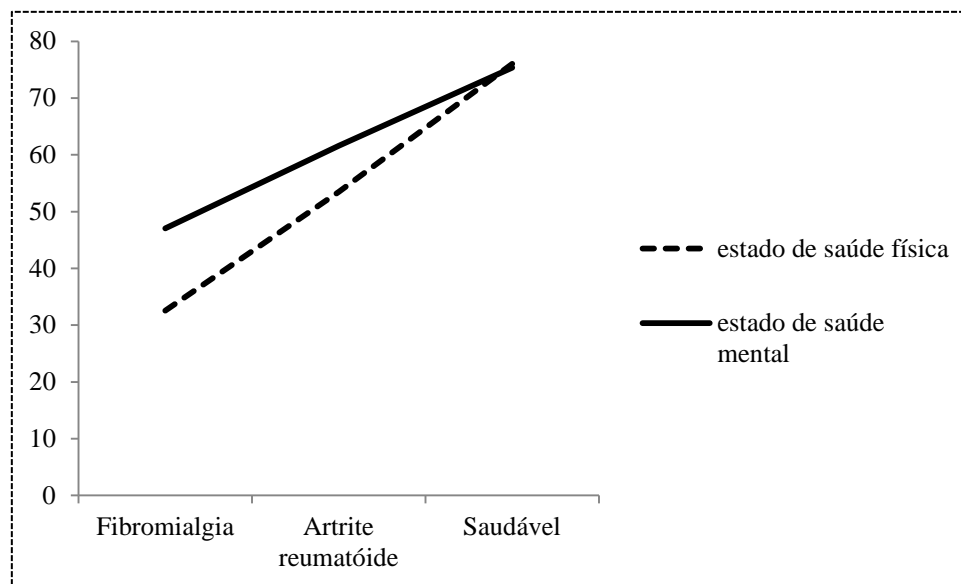


Figura 7. Pontuação no estado de saúde física e estado de saúde mental nos grupos FM, AR e SA. $N = 150$.

Existiram diferenças significativas no nível de dor, em função do tipo de grupo ($F(2,147) = 188.573$; $p = .000$; $\eta^2_{\text{par}} = .720$), verificando-se no grupo FM os valores mais elevados ($M = 5.96$; $DP = 1.71$), seguindo-se o grupo AR ($M = 4.28$; $DP = 1.97$) e o grupo SA ($M = 0.20$; $DP = 0.40$).

Relativamente ao nível de dor, o teste de comparações múltiplas (Tukey HSD) indica que os três grupos diferem significativamente entre si (ver Tabela 23).

Tabela 23

Diferença Média e Significância (Teste de Tukey HSD) no Nível de Dor em Função do Tipo de Grupo

	Saudável		Artrite reumatóide	
	Diferença	<i>p</i>	Diferença	<i>P</i>
	média		média	
Fibromialgia	5.76	.000	1.68	.000
Artrite	4.08	.000	-	

Nota. *N* = 150

Seguidamente, passamos à análise relativa aos acontecimentos de vida, apresentando, em primeiro lugar, as frequências de cada acontecimento de vida, nos grupos FM, AR e SA (ver Tabela 24).

Tabela 24

Frequências (%) dos Acontecimentos Potencialmente Traumáticos na Infância

Acontecimento	FM (n = 50)	AR (n = 50)	SA (n = 50)
1.Desastre natural	14	14	14
2.Fogo ou explosão	10	2	4
3.Acidente num transporte	4	4	2
4.Acidente grave, de trabalho, em casa ou actividade recreativa	2	4	0
5.Exposição a substâncias tóxicas	2	0	0
6.Agressão física	32	20	18
7.Ameaça com arma	2	0	2
8.Agressão sexual	10	4	4
9.Outra experiência ou contacto sexual não desejado ou desagradável	20	2	6
10.Combate ou exposição a zona de guerra	2	4	2
11.Captura	4	0	0
12.Doença ou ferimento que ameaçou a vida	2	8	0
13.Morte repentina, violenta (por homicídio ou suicídio) ¹	6	4	0
14.Morte inesperada e repentina de alguém próximo ¹	2	10	0
15.Causar ferimento, dor ou morte a alguém	6	0	2
16.Outro acontecimento ou experiência extremamente stressante	24	12	20

Nota. FM= Fibromialgia; AR= Artrite reumatóide; SA= Saudável

¹Neste acontecimento, o “Vi acontecer” equivale à experiência na primeira pessoa

No que respeita aos acontecimentos de vida potencialmente traumáticos sem ser na infância, apresentamos na Tabela 25 as frequências respeitantes aos grupos FM e AR.¹²

Tabela 25

Frequências (%) dos Acontecimentos Potencialmente Traumáticos Sem Ser na Infância

Acontecimento	FM (n = 50)	AR (n = 50)
1.Desastre natural	22	18
2.Fogo ou explosão	12	6
3.Acidente num transporte	38	16
4.Acidente grave, de trabalho, em casa ou actividade recreativa	12	10
5.Exposição a substâncias tóxicas	2	2
6.Agressão física	16	4
7.Ameaça com arma	16	8
8.Agressão sexual	12	2
9.Outra experiência ou contacto sexual não desejado ou desagradável	18	10
10.Combate ou exposição a zona de guerra	8	0
11.Captura	4	0
12.Doença ou ferimento que ameaçou a vida	24	10
13.Morte repentina, violenta (por homicídio ou suicídio) ¹	6	0
14.Morte inesperada e repentina de alguém próximo ¹	12	0
15.Causar ferimento, dor ou morte a alguém	6	4
16.Outro acontecimento ou experiência extremamente stressante	58	44

Nota. FM= Fibromialgia; AR= Artrite reumatóide

¹Neste acontecimento, o “Vi acontecer” equivale à experiência na primeira pessoa

¹²Os valores aqui apresentados correspondem aos acontecimentos antes do surgimento da condição clínica, pelo que não são comparáveis com os relatados pelo grupo SA.

Na Tabela 26, podemos observar as frequências dos acontecimentos negativos no último ano, nos três grupos.

Tabela 26

Frequências (%) dos Acontecimentos Negativos no Último Ano

Acontecimento	FM	AR	SA
	(n = 50)	(n = 50)	(n = 50)
1. Morte de um familiar próximo	0	4	2
2. Doença ou lesão grave de um familiar próximo	34	30	24
3. Problemas/dificuldades financeiras	28	24	22
4. Doença ou lesão grave do próprio	6	10	0
5. Despedimento/desemprego	4	6	4
6. Morte de amigo próximo	18	12	10
7. Vítima de um crime	2	6	2
8. Separação ou reconciliação com o cônjuge/companheiro	4	2	10
9. Morte de um familiar doente ou idoso	16	14	8
10. Mudança de emprego	4	0	2
11. Tentativa de modificação de comportamentos de dependência	8	2	2
12. Mudança de casa	6	2	0
13. Mudança nas condições de trabalho	14	12	6
14. Conflito grave no trabalho	4	8	4
15. Descobrir que um familiar próximo tem comportamentos de dependência	2	2	4
16. Divórcio/separação	6	4	0
17. Conflito grave relativo à regulação da responsabilidade paternal	2	0	0
18. Infidelidade conjugal	2	8	0

19. Mudança no emprego	2	6	4
20. Prisão do próprio ou de um familiar próximo	0	2	0
21. Novo membro na família	2	0	0
22. Execução de uma hipoteca	4	0	2
23. Filho(a) apresenta problemas de comportamento/aprendizagem	12	2	8
24. Vítima de violência doméstica ou abuso sexual	10	4	0
25. Assumir sozinha o cuidado de um filho(a)	2	0	0
26. Ir viver para casa dos pais ou pais para casa de um filho	0	2	0
27. Contrair empréstimo de valor elevado	8	2	0
28. Assédio sexual ou discriminação no emprego	2	0	2
29. Filhos saem de casa	6	0	2
30. Ser penalizada ou despromovida no emprego	10	2	6
31. Infertilidade ou aborto	2	0	2

Nota. FM= Fibromialgia; AR= Artrite reumatóide; SA= Saudável

*Acontecimentos que não ocorreram em nenhum dos grupos: Sofrer um acidente grave; Morte do cônjuge/companheiro; Detenção em prisão ou em instituição psiquiátrica; Vítima de violência policial; Gravidez; Casamento; Início ou conclusão dos estudos; Ganho inesperado de uma grande quantidade de dinheiro; Reforma; Saída da prisão após cumprimento de pena.

Para saber se existiam diferenças nos acontecimentos de vida em função do tipo de grupo, efectuámos uma MANOVA ao compósito constituído pelos acontecimentos potencialmente traumáticos na infância e pelos acontecimentos negativos do último ano; verificaram-se diferenças significativas neste compósito, em função do tipo de grupo (Traço de Pillai = 0.072; $F(4,29) = 2.759$; $p = .028$; $\eta^2_{\text{par}} = .036$). A ANOVA univariada mostra que existem diferenças significativas nas duas variáveis: acontecimentos potencialmente traumáticos na infância ($F(2,147) = 3.190$; $p = .04$; $\eta^2_{\text{par}} = .042$) e acontecimentos negativos no último ano ($F(2,147) = 4.001$; $p = .02$; $\eta^2_{\text{par}} = .052$).

Relativamente aos acontecimentos potencialmente traumáticos na infância, o grupo FM apresentou os valores mais elevados ($M = 8.87$; $DP = 11.44$), seguido do

grupo AR ($M= 5.50$; $DP= 8.53$) e do grupo SA ($M= 4.62$; $DP= 5.76$). O teste de comparações múltiplas (Tukey HSD) indica que a única diferença estatisticamente significativa ocorre entre o grupo FM e o grupo SA (I.C. a 95%] 0.042; 8.457; $p = .04$), sendo que o grupo FM não difere significativamente do grupo AR (I.C. a 95%] -0.832; 7.582; $p = .14$) nem o grupo AR difere do grupo SA (I.C. a 95%] -3.332; 5.082; $p = .87$).

No que respeita aos acontecimentos negativos no último ano, verifica-se o mesmo: o grupo FM apresentou os valores mais elevados ($M= 5.36$; $DP= 4.43$), seguido do grupo AR ($M= 4.04$; $DP= 4.05$) e do grupo SA ($M= 3.07$; $DP= 3.68$). O teste de comparações múltiplas (Tukey HSD) indica que a única diferença estatisticamente significativa é entre o grupo FM e o grupo SA (I.C. a 95%] 0.366; 4.218; $p = .01$); o grupo FM não difere significativamente do grupo AR (I.C. a 95%] -0.609; 3.243; $p = .24$) nem o grupo AR difere do grupo SA (I.C. a 95%] -0.950; 2.901; $p = .45$).

Na Figura 8, é observável a pontuação nestes acontecimentos de vida, nos três grupos.

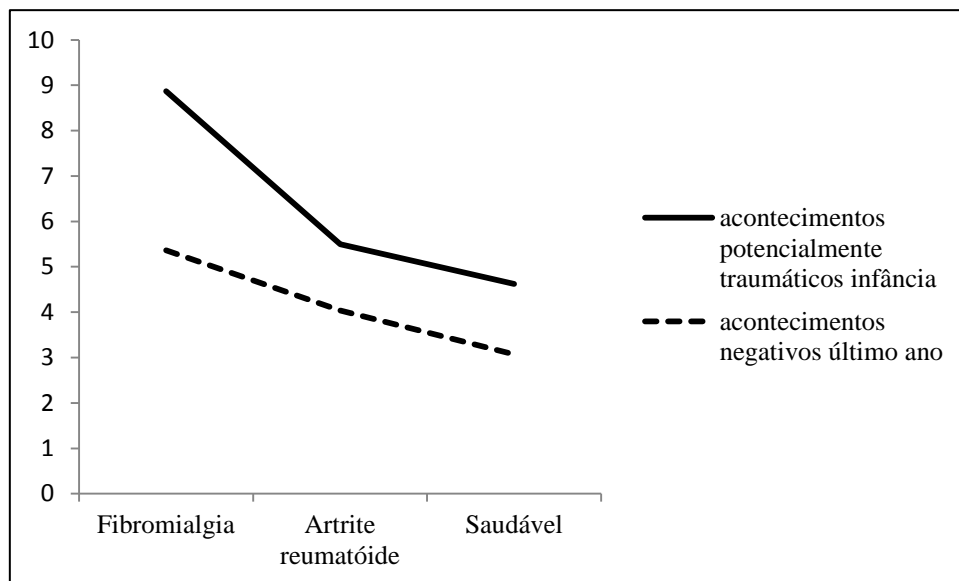


Figura 8. Pontuação nos acontecimentos potencialmente traumáticos na infância e acontecimentos negativos no último ano nos grupos FM, AR e SA. $N = 150$

Relativamente aos acontecimentos potencialmente traumáticos sem ser na infância, efectuou-se um teste *t*-student para comparação das médias entre dois grupos apenas; não faria sentido introduzir nesta comparação o grupo SA, uma vez que os acontecimentos considerados nos dois grupos clínicos ocorreram até ao surgimento da sua condição clínica, enquanto no grupo SA este pressuposto não existiu, tornando os resultados incomparáveis. Verificou-se que as pacientes do grupo FM apresentam uma pontuação média de 16.62 (*DP*= 10.90), enquanto as pacientes do grupo AR têm uma pontuação média de 8.37 (*DP*= 6.87). De acordo com o teste *t*-student, as diferenças observadas entre os valores médios dos dois grupos são estatisticamente significativas ($t(82.60) = 4.525; p = .00$).

Na medida em que a literatura se centra preponderantemente na abordagem ao abuso sexual, efectuámos uma comparação das frequências reportadas de dois itens específicos da Lista de Acontecimentos de Vida: “agressão sexual (violação, tentativa de violação, ser obrigado a ter uma actividade sexual pelo uso da força) e “outra experiência ou contacto sexual não desejado ou desagradável”, na infância (entre os três grupos) e sem ser na infância (entre o grupo FM e o grupo AR). O Teste do Qui-Quadrado por Simulação de Monte Carlo¹³ indica que existe uma diferença estatisticamente significativa na frequência reportada de outra experiência ou contacto sexual não desejado ou desagradável, na infância [$\chi^2(4) = 12.416, p = .005; N = 150$]. Especificamente, esta experiência é significativamente superior no grupo FM (resíduo ajustado de 3,2). Não existiram diferenças significativas entre os três grupos na agressão sexual na infância [$\chi^2(6) = 5.043, p = .683; N = 150$] nem entre FM e AR em agressão sexual sem ser na infância [$\chi^2(3) = 6.749, p = .051; N = 100$] e em outra experiência ou contacto sexual não desejado ou desagradável sem ser na infância [$\chi^2(1) = 1.329, p = .249; N = 100$].

Por fim, no que respeita a análises comparativas entre os três grupos, abordamos as variáveis de personalidade. Em primeiro lugar, apresentamos na Tabela 27 os dados descritivos da totalidade das escalas do MMPI-2 nos três grupos.

¹³Utilizámos o Teste do Qui-quadrado por Simulação de Monte Carlo devido ao facto de não se verificarem as condições de aproximação da distribuição do teste à distribuição do Qui-Quadrado.

Tabela 27

Média e Desvio Padrão das Escalas MMPI-2 nos Grupos FM, AR e SA

Escalas	FM	AR	SA
	(n= 50)	(n= 50)	(n= 50)
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>
Validade:			
Inconsistência nas respostas	56.16 (9.11)	55.52 (9.24)	53.04 (10.70)
Inconsistência nas respostas Verdade	59.68 (8.31)	58.22 (6.75)	58.04 (7.35)
Infrequência	65.70 (12.27)	62.26 (15.45)	57.32 (10.65)
Infrequência back	59.54 (13.56)	54.12 (11.27)	49.20 (7.36)
Infrequência psicopatologia	64.76 (12,78)	64.84 (15.20)	60.84 (12.64)
Correção	44.48 (8.15)	43.34 (7.75)	46.84 (9.48)
Insinceridade	64.06 (11.50)	62.02 (10.84)	62.38 (12.19)
Auto-apresentação superlativa	43.46 (9.63)	43.66 (7.91)	47.50 (7.98)
Clínicas:			
Hipocondria	79.00 (11.13)	60.58 (15.11)	46,80 (10.10)
Depressão	75.34 (11.83)	64.08 (13.29)	55.14 (10.05)
Histeria	75.88 (12.92)	57.96 (14.73)	45.60 (9.16)
Psicopatia	58.70 (10.66)	53.44 (10.32)	50.22 (7.15)
Masculinidade/feminilidade	51.26 (8.48)	58.36 (10.51)	55.46 (9.47)
Paranoia	59.30 (11.79)	52.06 (14.44)	47.76 (11.83)
Psicastenia	63.96 (10.45)	53.98 (12.48)	48.48 (9.44)
Esquizofrenia	68.04 (11.74)	57.10 (11.76)	49.48 (8.43)
Hipomania	56.24 (9.67)	53.56 (9.50)	52.08 (9.15)
Introversão social	55.86 (9.35)	53.92 (7.76)	49.64 (7.38)
Conteúdo:			
Ansiedade	64.10 (10.24)	57.44 (11.60)	51.90 (7.22)
Medos	58.78 (13.01)	56.22 (13.94)	53.86 (9.79)
Obsessividade	53.88 (8.43)	54.16 (8.73)	51.74 (8.51)
Depressão	62.40 (8.19)	58.12 (8.70)	53.60 (7.26)
Preocupações com a saúde	77.46 (10.49)	63.24 (11.16)	50.22 (7.56)
Pensamentos bizarros	57.80 (9.18)	56.12 (9.73)	55.74 (9.53)
Ira	53.88 (10,48)	54.16 (10.89)	49.54 (10.12)
Cinismo	60.56 (9.70)	63.08 (10.20)	58.56 (9.57)
Comportamento anti-social	54.64 (8.03)	56.94 (8.11)	52.76 (8.47)
Tipo A	61.60 (13.27)	61.60 (11.82)	56.10 (10.74)
Baixa auto-estima	54.20 (8.30)	52.98 (8.75)	50.16 (7.25)
Desconforto social	51.02 (8.99)	48.92 (7.42)	46.50 (7.67)
Problemas familiares	55.86 (12.30)	51.12 (10.17)	48.68 (11.22)
Problemas no trabalho	61.06 (10.56)	55.30 (8.09)	50.00 (8.47)
Indicadores negativos de tratamento	58.22 (10.59)	58.50 (10.18)	53.02 (8.43)
PSY5:			
Agressividade	53.02 (11.17)	57.22 (9.07)	54.84 (10.36)
Psicoticismo	57.84 (9.16)	58.80 (11.29)	55.90 (10.15)
Desinibição comportamental	46.76 (8.50)	45.96 (7.58)	46.76 (7.33)

Emocionalidade negativa (Neuroticismo)	57.24 (12.91)	56.24 (10.91)	50.44 (7.65)
Introversão (Baixa Emocionalidade positiva)	55.98 (9.91)	52.40 (10.00)	49.68 (9.83)
Suplementares:			
Ansiedade	58.12 (7.87)	55.04 (8.64)	50.22 (8.10)
Repressão	59.72 (10.10)	56.76 (10.51)	53.34 (9.76)
Força do ego	33.44 (5.63)	37.96 (7.73)	45.42 (7.40)
Domínio	40.40 (7.99)	42.08 (7.84)	46.34 (9.29)
Responsabilidade social	54.50 (9.60)	52.22 (11.29)	55.24 (8.30)
Stress pós-traumático	63.90 (9.13)	58.06 (11.11)	53.06 (9.00)
Distress conjugal	62.88 (9.83)	58.66 (10.18)	54.18 (10.24)
Hostilidade	57.86 (9.33)	58.30 (9.10)	55.40 (9.37)
Hostilidade hipercontrolada	56.14 (9.51)	51.82 (10.03)	54.10 (10.45)
Alcoolismo	50.38 (9.22)	52.46 (10.59)	51.56 (10.52)
Comportamentos aditivos	53.92 (5.68)	44.68 (5.10)	43.62 (5.21)
Potencial para adição	46.68 (8.27)	44.62 (8.44)	43.78 (8.94)
Género masculino	42.06 (8.03)	47.72 (10.23)	50.24 (7.62)
Género feminino	47.60 (7.11)	48.26 (7.87)	47.00 (7.42)

Nota. FM= Fibromialgia; AR= Artrite reumatóide; SA= Saudável

Analisando as pontuações dos três grupos nas escalas do MMPI-2, segundo as indicações interpretativas apresentadas por Graham (2006), verifica-se que o grupo FM é o único a apresentar pontuações clinicamente significativas em quatro escalas clínicas (hipocondria, depressão, histeria e esquizofrenia), na escala de conteúdo preocupações com a saúde e nas escalas suplementares Força do Ego e Distress conjugal. Em todas elas, estas pontuações expressam-se em valores significativamente elevados, à excepção da escala força do ego, em que a significância clínica se traduz numa pontuação reduzida¹⁴.

No que respeita a procedimentos estatísticos inferenciais, optou-se por efectuar uma selecção das escalas do MMPI-2 a analisar, devido à enorme extensão do instrumento e aos problemas de significância estatística que adviriam de uma análise da sua totalidade, tendo em conta a dimensão da nossa amostra. Neste sentido, seleccionou-se, além das escalas clínicas, as escalas PSY-5, uma escala de conteúdo e duas escalas suplementares. As escalas PSY-5 foram seleccionadas devido ao facto da conceptualização subjacente a estas escalas ser similar à do modelo dos cinco factores

¹⁴Hipocondria, depressão, histeria, esquizofrenia e preocupações com a saúde = pontuação $t > 65$; força do ego = pontuação $t < 40$; distress conjugal = pontuação $t > 60$.

da personalidade (Graham, 2006), preponderantes na literatura e amplamente analisadas na revisão teórica do presente estudo, nomeadamente havendo relação entre quatro das cinco subescalas e quatro dimensões deste modelo¹⁵ (Harkness, McNulty, & Ben-Porath, 1995). A escala de conteúdo “preocupações com a saúde” foi seleccionada devido ao facto de ser a escala de conteúdo que melhor diferenciou um grupo de doentes com dor crónica de outros grupos (Keller & Butcher, 1991); a escala suplementar “força do ego” foi seleccionada em função da sua importância na avaliação de doentes com dor crónica (Gatchel, 2000) e a escala suplementar “stress pós-traumático”, devido à avaliação dos acontecimentos de vida potencialmente traumáticos efectuada no presente estudo.

Através da MANOVA verificou-se que houve diferenças significativas no compósito de escalas clínicas (Traço de Pillai = 0.711; $F(20,27) = 7.665$; $p = .000$; $\eta^2_{\text{par}} = .355$). Seguidamente, procedeu-se à ANOVA univariada para cada uma das dez escalas clínicas, seguidas do teste post-hoc HSD de Tukey.

Relativamente à hipocondria, houve diferenças significativas em função do tipo de grupo ($F(2,147) = 86.133$; $p = .000$; $\eta^2_{\text{par}} = .540$), sendo que o grupo FM teve os valores mais elevados ($M = 79.00$; $DP = 11.13$), seguindo-se o grupo AR ($M = 60.58$; $DP = 15.11$) e o grupo SA ($M = 46.80$; $DP = 10.10$). O teste de comparações múltiplas (Tukey HSD) indica que os três grupos diferem significativamente entre si (ver Tabela 28).

Tabela 28

Diferença Média e Significância (Teste de Tukey HSD) na Hipocondria em Função do Tipo de Grupo

	Saudável		Artrite reumatóide	
	Diferença média	p	Diferença média	P
Fibromialgia	32.20	.000	18.42	.000
Artrite	13.78	.000	-	

Nota. $N = 150$

¹⁵ A emocionalidade negativa corresponde ao neuroticismo, a introversão (inversamente) à extroversão e a agressividade e desinibição comportamental relacionam-se (inversamente), respectivamente, com a amabilidade e conscienciosidade, mas são mais extremas e severas que as duas dimensões do modelo dos cinco factores.

Relativamente à depressão, houve diferenças significativas em função do tipo de grupo ($F(2,147) = 36.795$; $p = .000$; $\eta^2_{\text{par}} = .334$), sendo que o grupo FM teve os valores mais elevados ($M = 75.34$; $DP = 11.83$), seguindo-se o grupo AR ($M = 64.08$; $DP = 13.29$) e o grupo SA ($M = 55.14$; $DP = 10.05$). O teste de comparações múltiplas (Tukey HSD) indica que os três grupos diferem significativamente entre si (ver Tabela 29).

Tabela 29

Diferença Média e Significância (Teste de Tukey HSD) na Depressão em Função do Tipo de Grupo

	Saudável		Artrite reumatóide	
	Diferença média	p	Diferença média	P
Fibromialgia	20.20	.000	11.26	.000
Artrite	8.94	.001	-	

Nota. $N = 150$

Relativamente à histeria, houve diferenças significativas em função do tipo de grupo ($F(2,147) = 74.270$; $p = .000$; $\eta^2_{\text{par}} = .503$), sendo que o grupo FM teve os valores mais elevados ($M = 75.88$; $DP = 12.92$), seguindo-se o grupo AR ($M = 57.96$; $DP = 14.73$) e o grupo SA ($M = 45.60$; $DP = 9.16$). O teste de comparações múltiplas (Tukey HSD) indica que os três grupos diferem significativamente entre si (ver Tabela 30).

Tabela 30

Diferença Média e Significância (Teste de Tukey HSD) na Histeria em Função do Tipo de Grupo

	Saudável		Artrite reumatóide	
	Diferença média	P	Diferença média	P
Fibromialgia	30.28	.000	17.92	.000
Artrite	12.36	.000	-	

Nota. $N = 150$

Relativamente à psicopatia, houve diferenças significativas em função do tipo de grupo ($F(2,147) = 10.127$; $p = .000$; $\eta^2_{\text{par}} = .121$), sendo que o grupo FM teve os valores mais elevados ($M= 58.70$; $DP= 10.66$), seguindo-se o grupo AR ($M= 53.44$; $DP= 10.32$) e o grupo SA ($M= 50.22$; $DP= 7.15$). O teste de comparações múltiplas (Tukey HSD) indica que o grupo FM difere significativamente do grupo AR (I.C. a 95%] 0.76; 9.76; $p = .018$) e do grupo SA (I.C. a 95%] 3.98; 12.98; $p = .000$); o grupo AR e o grupo SA não diferem significativamente entre si (I.C. a 95%] -1.28; 7.72; $p = .211$).

Relativamente à masculinidade/feminilidade, houve diferenças significativas em função do tipo de grupo ($F(2,147) = 7.021$; $p = .001$; $\eta^2_{\text{par}} = .087$), sendo que o grupo AR teve os valores mais elevados ($M=58.36$; $DP=10.51$), seguindo-se o grupo SA ($M=55.46$; $DP=9.47$) e o grupo FM ($M=51.26$; $DP= 8.48$). O teste de comparações múltiplas (Tukey HSD) indica que a única diferença significativa dá-se entre o grupo AR e o grupo FM (I.C. a 95%] 2.59; 11.61; $p = .001$), sendo que o grupo FM não difere do grupo SA (I.C. a 95%] -8.71; 0.31; $p = .074$) nem o grupo AR do grupo SA (I.C. a 95%] -1.61; 7.41; $p = .284$).

Relativamente à paranóia, houve diferenças significativas em função do tipo de grupo ($F(2,147) = 10.462$; $p = .000$; $\eta^2_{\text{par}} = .125$), sendo que o grupo FM teve os valores mais elevados ($M= 59.30$; $DP= 11.79$), seguindo-se o grupo AR ($M= 52.06$; $DP= 14.44$) e o grupo SA ($M= 47.76$; $DP= 11.83$). O teste de comparações múltiplas (Tukey HSD) indica que o grupo FM difere significativamente do grupo AR (I.C. a 95%] 1.20; 13.28; $p = .014$) e do grupo SA (I.C. a 95%] 5.50; 17.58; $p = .000$); o grupo AR e o grupo SA não diferem significativamente entre si (I.C. a 95%] -1.74; 10.34; $p = .214$).

Relativamente à psicastenia, houve diferenças significativas em função do tipo de grupo ($F(2,147) = 26.067$; $p = .000$; $\eta^2_{\text{par}} = .262$), sendo que o grupo FM teve os valores mais elevados ($M= 63.96$; $DP= 10.45$), seguindo-se o grupo AR ($M= 53.98$; $DP= 12.48$) e o grupo SA ($M= 48.48$; $DP= 9.44$). O teste de comparações múltiplas (Tukey HSD) indica que os três grupos diferem significativamente entre si (ver Tabela 31).

Tabela 31

Diferença Média e Significância (Teste de Tukey HSD) na Psicastenia em Função do Tipo de Grupo

	Saudável		Artrite reumatóide	
	Diferença média	<i>p</i>	Diferença média	<i>P</i>
Fibromialgia	15.48	.000	9.98	.000
Artrite	5.50	.033	-	

Nota. *N* = 150

Relativamente à esquizofrenia, houve diferenças significativas em função do tipo de grupo ($F(2,147) = 37.554$; $p = .000$; $\eta^2_{\text{par}} = .338$), sendo que o grupo FM teve os valores mais elevados ($M = 68.04$; $DP = 11.74$), seguindo-se o grupo AR ($M = 57.10$; $DP = 11.76$) e o grupo SA ($M = 49.48$; $DP = 8.43$). O teste de comparações múltiplas (Tukey HSD) indica que os três grupos diferem significativamente entre si (ver Tabela 32).

Tabela 32

Diferença Média e Significância (Teste de Tukey HSD) na Esquizofrenia em Função do Tipo de Grupo

	Saudável		Artrite reumatóide	
	Diferença média	<i>P</i>	Diferença média	<i>P</i>
Fibromialgia	18.56	.000	10.94	.000
Artrite	7.62	.002	-	

Nota. *N* = 150

Na hipomania, não houve diferenças significativas em função do tipo de grupo ($F(2,147) = 2.490$; $p = .086$; $\eta^2_{\text{par}} = .033$).

Relativamente à introversão social, houve diferenças significativas em função do tipo de grupo ($F(2,147) = 7.502$; $p = .001$; $\eta^2_{\text{par}} = .093$), sendo que o grupo FM teve os valores mais elevados ($M = 55.86$; $DP = 9.35$), seguindo-se o grupo AR ($M = 53.92$; $DP = 7.76$) e o grupo SA ($M = 49.64$; $DP = 7.38$). O teste de comparações múltiplas (Tukey HSD) indica que o grupo SA difere significativamente do grupo FM (I.C. a 95%] -10.11; -2.33; $p = .001$) e do grupo AR (I.C. a 95%] -8.17; -0.39; $p = .027$); o grupo FM e o grupo AR não diferem significativamente entre si (I.C. a 95%] -1.95; 5.83; $p = .467$).

No âmbito das escalas de perturbações da personalidade, verificou-se, através da MANOVA, que houve diferenças significativas no compósito das escalas PSY-5 em função do tipo de grupo (Traço de Pillai = 0.146; $F(10,28) = 2.270$; $p = .014$; $\eta^2_{\text{par}} = .073$). Observada a significância multivariada do tipo de grupo, procedeu-se à ANOVA univariada para cada uma das variáveis dependentes, seguidas do teste post-hoc HSD de Tukey.

Analisando cada escala, verifica-se que, no que respeita à emocionalidade negativa, houve diferenças significativas em função do tipo de grupo ($F(2,147) = 5.871$; $p = .004$; $\eta^2_{\text{par}} = .074$), sendo que o grupo FM teve os valores mais elevados ($M = 57.24$; $DP = 12.91$), seguindo-se o grupo AR ($M = 56.24$; $DP = 10.91$) e o grupo SA ($M = 50.44$; $DP = 7.55$). O teste de comparações múltiplas (Tukey HSD) indica que o grupo SA difere significativamente do grupo FM (I.C. a 95%] -11.87; -1.73; $p = .005$) e do grupo AR (I.C. a 95%] -10.77; -0.73; $p = .021$); o grupo FM e o grupo AR não diferem significativamente entre si (I.C. a 95%] -4.07; 6.07; $p = .887$).

Houve diferenças significativas na introversão, em função do tipo de grupo ($F(2,147) = 5.076$; $p = .007$; $\eta^2_{\text{par}} = .065$), sendo que o grupo FM teve os valores mais elevados ($M = 55.98$; $DP = 9.91$), seguindo-se o grupo AR ($M = 52.40$; $DP = 10.00$) e o grupo SA ($M = 49.68$; $DP = 9.83$). O teste de comparações múltiplas (Tukey HSD) indica que a única diferença significativa dá-se entre o FM e o grupo SA (I.C. a 95%] 1.60; 11.00; $p = .005$), sendo que o grupo FM não difere do grupo AR (I.C. a 95%] -1.12; 8.28; $p = .172$) nem o grupo AR do grupo SA (I.C. a 95%] -1.98; 7.42; $p = .359$).

Não existiram diferenças significativas, em função do tipo de grupo, na agressividade ($F(2,147) = 2.114$; $p = 0.124$; $\eta^2_{\text{par}} = 0.028$), no psicoticismo ($F(2,147) =$

1.040; $p = .356$; $\eta^2_{\text{par}} = .014$) e na desinibição comportamental ($F(2,147) = 0.174$; $p = .840$; $\eta^2_{\text{par}} = .002$).

Por fim, relativamente às restantes escalas do MMPI-2 por nós escolhidas, a MANOVA efectuada ao compósito constituído pelas escalas “preocupações com a saúde”, “força do ego” e “stress pós-traumático” apresentou diferenças significativas em função do tipo de grupo (Traço de Pillai = 0.597; $F(6,29) = 20.688$; $p = .000$; $\eta^2_{\text{par}} = .298$). Observada a significância multivariada do tipo de grupo, procedeu-se à ANOVA univariada para cada uma das variáveis dependentes, seguidas do teste post-hoc HSD de Tukey.

Na escala de conteúdo preocupações com a saúde, houve diferenças significativas em função do tipo de grupo ($F(2,147) = 95.408$; $p = .000$; $\eta^2_{\text{par}} = .565$), sendo que o grupo FM teve os valores mais elevados ($M = 77.46$; $DP = 10.49$), seguindo-se o grupo AR ($M = 63.24$; $DP = 11.16$) e o grupo SA ($M = 50.22$; $DP = 7.56$). O teste de comparações múltiplas (Tukey HSD) indica que os três grupos diferem significativamente entre si (ver Tabela 33).

Tabela 33

Diferença Média e Significância (Teste de Tukey HSD) nas Preocupações com a Saúde em Função do Tipo de Grupo

	Saudável		Artrite reumatóide	
	Diferença média	p	Diferença média	P
Fibromialgia	27.24	.000	14.22	.000
Artrite	13.02	.000	-	

Nota. $N = 150$

Na escala suplementar força do ego, existiram diferenças significativas em função do tipo de grupo ($F(2,147) = 37.507$; $p = .000$; $\eta^2_{\text{par}} = .338$), sendo que o grupo FM teve os valores mais baixos ($M = 33.44$; $DP = 5.63$), seguindo-se o grupo AR ($M = 37.96$; $DP = 7.73$) e o grupo SA ($M = 45.42$; $DP = 7.40$). O teste de comparações

múltiplas (Tukey HSD) indica que os três grupos diferem significativamente entre si (ver Tabela 34).

Tabela 34

Diferença Média e Significância (Teste de Tukey HSD) na Força do Ego em Função do Tipo de Grupo

	Saudável		Artrite reumatóide	
	Diferença média	<i>P</i>	Diferença média	<i>P</i>
Fibromialgia	11.98	.004	4.52	.000
Artrite	7.46	.000	-	

Nota. *N* = 150

Por fim, verificou-se houve diferenças significativas em função do tipo de grupo na escala suplementar stress pós-traumático ($F(2,147) = 15.32$; $p = .000$; $\eta^2_{\text{par}} = .173$), sendo que o grupo FM teve os valores mais elevados ($M = 63.90$; $DP = 9.13$), seguindo-se o grupo AR ($M = 58.06$; $DP = 11.11$) e o grupo SA ($M = 53.06$; $DP = 9.00$). O teste de comparações múltiplas (Tukey HSD) indica que os três grupos diferem significativamente entre si (ver Tabela 35).

Tabela 35

Diferença Média e Significância (Teste de Tukey HSD) no Stress Pós-Traumático em Função do Tipo de Grupo

	Saudável		Artrite reumatóide	
	Diferença média	<i>P</i>	Diferença média	<i>P</i>
Fibromialgia	10.84	.000	5.84	.009
Artrite	5.00	.031	-	

Nota. *N* = 150

Atribuição causal

Analisando o tipo de atribuição causal a acontecimentos desencadeante efectuada, relativamente ao surgimento dos sintomas da fibromialgia, verifica-se que 38% apresenta uma atribuição a um acontecimento de tipo físico, 22% apresenta uma atribuição a um acontecimento de tipo psicológico/emocional e 40% não faz qualquer tipo de atribuição.

Quisámos verificar se existiam diferenças ao nível das variáveis de saúde, dos acontecimentos de vida e de personalidade, em função do tipo de atribuição efectuada. Para verificar se houve diferenças significativas nas medidas de saúde (FIQ, estado de saúde físico, estado de saúde mental e dor), em função do tipo de atribuição, efectuou-se uma análise de variância multivariada (MANOVA). A atribuição causal não teve efeito significativo nas medidas de saúde (Traço de Pillai= 0.193; $F(8,90) = 1.200$; $p = .308$; $\eta^2_{\text{par}} = .096$). As pontuações médias são apresentadas na Tabela 36 e mostram que, embora a diferença não seja significativa, o grupo com atribuição a acontecimento físico tem níveis superiores de impacto da fibromialgia e dor e menor saúde física.

Tabela 36

Média e Desvio Padrão das Medidas de Saúde Segundo a Atribuição Causal no Grupo FM

atribuição	Atribuição física	Atribuição psicológica	Sem
	($n = 19$)	($n = 11$)	($n = 11$)
FIQ	63.17 (10.87)	54.88 (19.36)	53.52 (12.26)
SF-8 Físico	29.73 (16.21)	33.63 (22.56)	34.58 (26.02)
SF-8 Mental	46.66 (17.49)	48.48 (24.78)	46.66 (11.02)
Dor	6.42 (1.50)	5.45 (2.11)	5.80 (1.64)

Nota. FIQ = Questionário de Impacto da Fibromialgia; SF-8 Físico = Estado de saúde física; SF-8 Mental = Estado de saúde mental.

Através da MANOVA, verificou-se que houve diferenças significativas no compósito de acontecimentos de vida potencialmente traumáticos (na infância e sem ser na infância), em função da atribuição causal (Maior raiz de Roy = 0.155; $F(2,47) = 3.634$; $p = .034$; $\eta^2_{\text{par}} = .134$). Observada a significância multivariada do tipo de grupo, procedeu-se à ANOVA univariada para cada uma das variáveis dependentes, seguidas do teste post-hoc Gabriel.

Existiram diferenças nos acontecimentos potencialmente traumáticos na infância ($F(2,47) = 3.591$; $p = .035$; $\eta^2_{\text{par}} = .133$), sendo que o grupo que faz uma atribuição psicológica apresenta os valores mais elevados ($M = 2.27$; $DP = 2.76$), seguido do grupo que faz atribuição física ($M = 1.73$; $DP = 1.66$) e do grupo sem atribuição ($M = 0.65$; $DP = 0.93$). De acordo com o teste post-hoc Gabriel, as diferenças estatisticamente significativas para esse factor ocorrem entre o grupo que fez atribuição psicológica e o grupo que não fez atribuição (I.C. 95%] 0.024; 3.220 [; $p = .046$); não existiram diferenças significativas entre o grupo que efectuou atribuição psicológica e o grupo que efectuou atribuição física (I.C. 95%] - 1.079; 2.151 [; $p = .797$) nem entre o grupo da atribuição física e o grupo sem atribuição (I.C. 95%] -0.291; 2.465 [; $p = .160$).

No que respeita aos acontecimentos potencialmente traumáticos sem ser na infância, não se verificaram diferenças em função do tipo de atribuição ($F(2,47) = 0.956$; $p = .392$; $\eta^2_{\text{par}} = .039$). As pontuações médias são apresentadas na Tabela 37.

Tabela 37

Média e Desvio Padrão dos Acontecimentos Potencialmente Traumáticos Sem Ser na Infância Segundo a Atribuição Causal no Grupo FM

	Atribuição física (n = 19)	Atribuição psicológica (n = 11)	Sem atribuição (n = 20)
APT-NI	3.00 (1.73)	2.81 (1.72)	2.25 (1.77)

Nota. APT-NI= Acontecimentos potencialmente traumáticos sem ser na infância

Por último, efectuou-se uma MANOVA para verificar a existência de diferenças nas variáveis de personalidade (nomeadamente as escalas clínicas do MMPI-2) em função da atribuição causal e não existiram diferenças significativas no compósito das escalas clínicas (Traço de Pillai = 0.279; $F(20,78) = 0.633$; $p = .876$; $\eta^2_{\text{par}} = .140$). As pontuações médias são apresentadas na Tabela 38.

Tabela 38

Média e Desvio Padrão das Escalas Clínicas MMPI-2 Segundo a Atribuição Causal no Grupo FM

	Atribuição física ($n = 19$)	Atribuição psicológica ($n = 11$)	Sem atribuição ($n = 20$)
Hs	79.37 (9.95)	78.27 (9.93)	79.05 (13.18)
D	76.58 (12.51)	77.00 (11.49)	73.15 (11.60)
Hy	77.37 (11.71)	76.73 (12.10)	74.00 (14.74)
Pd	60.32 (8.46)	64.27 (13.79)	54.10 (9.07)
Mf	50.32 (9.81)	51.82 (5.49)	51.85 (8.78)
Pa	58.79 (11.01)	63.45 (14.76)	57.50 (10.74)
Pt	64.21 (9.45)	66.36 (12.80)	62.40 (10.24)
Sc	69.95 (10.28)	71.45 (14.43)	64.35 (11.01)
Ma	58.26 (11.45)	56.73 (9.26)	54.05 (7.91)
Si	56.21 (9.12)	55.82 (8.36)	55.55 (10.49)

Nota. Hs = Hipocondria; D = Depressão; Hy = Histeria; Pd = Psicopatia; Mf = Masculinidade/feminilidade; Pa = Paranóia; Pt = Psicastenia; Sc = Esquizofrenia; Ma = Hipomania; Si = Introversão social

Finalmente, comparando ambos os grupos clínicos no que respeita à atribuição causal da sua condição clínica a acontecimento desencadeante, a Tabela 39 apresenta a distribuição do tipo de atribuição efectuada, em cada um dos grupos clínicos.

Tabela 39

Frequências do Tipo de Atribuição Causal nos Grupos FM e AR

	Acontecimento físico	Acontecimento psicológico	Nenhum acontecimento
FM	38%	22%	40%
AR	14%	26%	60%

Nota. N= 100; FM = Fibromialgia; AR = Artrite Reumatóide

Em termos descritivos, verificamos que a maior parte do grupo FM (60%) efectua uma atribuição causal, seja ela de tipo físico ou psicológico, contrariamente ao grupo AR, em que se verifica que 60% não efectua qualquer tipo de atribuição. Através da utilização do Teste do Qui-Quadrado, verifica-se que as diferenças entre os dois grupos, relativamente aos três tipos de atribuição causal, são estatisticamente significativas [$\chi^2(2) = 7.705$, $p = .021$; $N = 100$]. Especificamente, estas diferenças referem-se à atribuição a acontecimento físico, que é significativamente superior no grupo FM (resíduo ajustado de 2,7) e à ausência de atribuição, que é significativamente superior no grupo AR (resíduo ajustado de 2). A atribuição a um acontecimento psicológico não é significativamente diferente entre os dois grupos.

Discussão

Iniciamos a discussão dos resultados obtidos no estudo quantitativo com os aspectos relativos à caracterização do grupo com fibromialgia, antes de passarmos, num segundo momento, às comparações entre grupos.

Na análise das relações entre as variáveis no grupo com fibromialgia, no que respeita às variáveis de saúde entre si e com as de caracterização clínica, verificamos

um padrão de relação expectável, visto que houve associação positiva entre disfuncionalidade devida à fibromialgia, nível de dor, tempo de duração do diagnóstico e, quanto mais elevados estes aspectos, menor a percepção de saúde física e mental. Por sua vez, a percepção de saúde física e de saúde mental estão moderadamente associadas, sendo consistente com uma representação indissociável e de influência recíproca entre a dimensão física e a psicológica, própria de um modelo biopsicossocial (Engel, 1977).

No âmbito da relação dos acontecimentos de vida entre si, a correlação positiva dos acontecimentos potencialmente traumáticos na infância com os acontecimentos potencialmente traumáticos sem ser na infância e com os acontecimentos negativos no último ano, parece ir no sentido de investigação afirmando que quem experienciou mais acontecimentos adversos na infância tem maior probabilidade de reportar acontecimentos adversos ao longo da vida (Bifulco et al., 2000; Lampe et al., 2003; Moeler et al., 1993) e que o abuso (sobretudo sexual) na infância parece aumentar o risco de revitimização na idade adulta (Campbell et al., 2008; Classen et al., 2005; Desai et al., 2002; Parks et al., 2010). A relação encontrada entre os acontecimentos adversos na infância e os acontecimentos negativos no último ano é consistente com o resultado de Anderberg et al. (2000), que colocaram a hipótese dos pacientes com fibromialgia serem especialmente vulneráveis à percepção de acontecimentos negativos e a uma visão mais negativa do meio envolvente

No que respeita à relação entre variáveis de saúde e acontecimentos de vida, não existiu qualquer relação significativa, assim não se confirmando as duas primeiras hipóteses por nós estabelecidas, de que mais acontecimentos potencialmente traumáticos estariam associados a maior disfuncionalidade e dor e menor saúde física e mental. Esta ausência de relação vai no sentido contrário ao da maior parte da literatura referenciada no capítulo teórico deste trabalho, quer no respeito à dor crónica em geral, quer especificamente à fibromialgia. No entanto, vai no sentido de resultados de investigações só com amostra de fibromialgia, nas quais: a ocorrência de um conjunto de acontecimentos potencialmente traumáticos, considerados como um todo, em qualquer momento da vida antes do surgimento da síndrome, não foi preditora do estado de saúde auto-reportado nem da dor (Walen, 2001); a existência de abuso físico e sexual infantil não se revelou preditora da resposta ao tratamento, levando os autores a concluir que o abuso infantil, embora altamente prevalente nos pacientes com fibromialgia,

não parece associado a correlatos clínicos significativos (Pae et al., 2009); os níveis de dor e de outros sintomas associados à fibromialgia não aumentaram a seguir ao ataque terrorista de 11 de Setembro de 2001, numa amostra de pacientes residentes em Washington (Williams et al., 2003).

Relativamente à relação das variáveis de personalidade com as variáveis de saúde, no que respeita às escalas clínicas, as escalas hipocondria, depressão, histeria e psicastenia revelaram-se preponderantes, na medida em que as quatro apresentam relação positiva com a disfuncionalidade devida à fibromialgia e relação negativa com a saúde física. A hipocondria teve também uma relação positiva com a dor e a esquizofrenia apresentou relação negativa com a saúde física. No que respeita à saúde mental, relacionou-se apenas com uma única escala de personalidade, a psicastenia.

O facto das três escalas clínicas que compõem a denominada tríade neurótica (hipocondria, depressão e histeria) serem relacionadas com pior saúde física e maior incapacidade é concordante com toda a literatura sobre personalidade e dor crónica, razão pela qual o perfil caracterizado por elevações nestas escalas é muitas vezes nomeado perfil de dor crónica (Arbisi & Butcher, 2004; Gatchel, 2000; Kvale et al., 2001). No mesmo sentido, a relação positiva entre a hipocondria e a intensidade da dor é plausível, fazendo sentido que maior dor, sobretudo sendo ela generalizada, esteja associada a mais pensamentos e preocupações somáticas de carácter geral (Kvale et al.); embora pudesse ser também espectável que a dor correlacionasse positivamente com as escalas depressão e histeria, o resultado por nós encontrado, de relação positiva da dor unicamente com a hipocondria e preocupações com a saúde, corresponde exactamente ao obtido por Slesinger et al. (2002).

No que respeita às restantes escalas, para além das escalas clínicas, a escala de conteúdo ansiedade, a escala de conteúdo preocupações com a saúde e a escala suplementar papel de género feminino revelaram-se preponderantes, pois as três tiveram relação positiva com a disfuncionalidade e dor e relação negativa com a saúde física. A escala suplementar força do ego também se relacionou positivamente com a saúde física e negativamente com a disfuncionalidade. Verificámos ainda que, quanto maior a disfuncionalidade devida à fibromialgia, maior a pontuação nas escalas indicadores

negativos de tratamento e ansiedade e, menores os níveis de auto-estima e de dominância.

Numa análise interpretativa, enfatiza-se que a escala força do ego é referida por Gatchel (2000) pela importância da sua avaliação na dor crónica, devido ao facto de uma pontuação baixa poder estar presente e ser indicadora de recursos emocionais limitados, como menor motivação, sensação de controlo e responsabilidade pessoal pelos comportamentos. As escalas baixa auto-estima e preocupações com a saúde foram identificadas por Demarco (2002) como significativamente relacionadas com o nível de ajustamento em doentes com dor lombar crónica, sendo que os doentes com pior ajustamento tinham uma pontuação média mais elevada nestas escalas.

Parece-nos que esta relação positiva entre a disfuncionalidade e maior ansiedade, preocupações com a saúde, papel de género feminino e menores níveis de auto-estima e dominância faz sentido, num contexto de menor capacidade de afirmação, força e auto-confiança, face à vivência quotidiana de maiores limitações e incapacidade.

A relação de maior disfuncionalidade com valores mais elevados na escala indicadores negativos de tratamento, pode ser interpretada em ligação com o resultado de Clark (1996, como citado em Graham, 2006), que verificou que pontuações elevadas nesta escala, em homens inseridos num programa de tratamento da dor crónica, relacionaram-se com menor evolução positiva nas capacidades físicas.

A escala responsabilidade social apresentou uma relação positiva com os níveis de dor e negativa com a saúde física; embora níveis elevados de responsabilidade social sejam considerados positivos, associados a integridade e sentido de justiça, podem também significar alguma rigidez, excesso de auto-disciplina e de sentido do dever (Graham, 2006). Este facto leva-nos a colocar a hipótese explicativa de que pessoas com menos saúde e mais dor possam ser menos flexíveis e mais exigentes consigo próprias, numa conjugação que tenderá a resultar em alguma frustração, visto que a dor e a falta de saúde não poderão permitir que esses elevados padrões sejam devidamente cumpridos.

Consideramos que o facto da escala obsessividade apresentar uma relação positiva com a dor pode ser enquadrado à luz da interpretação de Monti et al. (1998) que, reflectindo sobre o modelo da diátese-stress aplicado às perturbações da

personalidade na dor crónica, hipotetizam a existência traços de personalidade obsessivos, prévios ao surgimento da fibromialgia, que seriam intensificados pela acção da dor. Se relacionarmos a obsessividade com a hipervigilância à dor, poderemos também contextualizar este dado no âmbito dos resultados de Crombez, Eccleston, Van den Broeck, Goubert e Van Houdenhove (2004), em que a hipervigilância foi mais característica da fibromialgia que de um grupo comparativo com dor crónica e teve relação positiva com a intensidade da dor.

Por fim, no que respeita às relações encontradas entre a personalidade e as variáveis de saúde, a única das cinco escalas de perturbação da personalidade (PSY-5) a apresentar uma relação significativa com as medidas de saúde foi a desinibição comportamental, associando-se a menor disfuncionalidade e dor e a maior saúde mental. A desinibição comportamental corresponde a elevada impulsividade e falta de auto-controlo, quando estão em causa valores clinicamente elevados (Graham, 2006); na medida em que o valor médio desta amostra não é clinicamente significativo, consideramos que esta relação pode ser interpretada no sentido de que níveis medianos de desinibição comportamental podem apresentar aspectos benéficos, protetores relativamente a um excessivo auto-controlo, numa amostra de doentes com dor crónica e baixos níveis de saúde percebida.

Olhando para as relações entre estas escalas e as variáveis de caracterização clínica, surge-nos uma relação que nos parece digna de relevo: a relação positiva da escala introversão (baixa emocionalidade positiva) com o índice de espera. Sendo que o índice de espera corresponde ao tempo de duração entre o surgimento dos sintomas da fibromialgia e a obtenção de um diagnóstico, quanto maior o tempo de espera por um diagnóstico, maior a introversão. Destacamos este dado pois, embora existindo mais relações do índice de espera com variáveis de saúde e personalidade (relação positiva com a hipocondria, depressão, preocupações com a saúde, repressão e relação negativa com estado de saúde física e força do ego), todas elas são partilhadas pela duração dos sintomas, sendo plausível que, quanto mais longa a vivência com dor, piores os aspectos mencionados. Esta é a única relação que é exclusiva do índice de espera e é consistente com o resultado de Herbert e Rimé (2004) de que, mais do que a própria cronicidade, é o tempo de espera por um diagnóstico que tem o impacto mais negativo, verificando-se no seu estudo com doentes com dor crónica, na sua maioria com fibromialgia, que estar

mais de um ano sem diagnóstico foi associado a maior constrangimento social, menor credibilidade atribuída à doença e menor ajustamento físico e psicológico. Os autores especulam que, ao aumentar a incerteza dos pacientes e da sua rede social sobre a legitimidade da sua condição clínica, a ausência de um diagnóstico poderia levar os pacientes a limitar a expressão emocional sobre o seu estado de saúde, preferindo o isolamento para evitar a incredulidade dos outros. Sendo que o tempo médio de índice de espera na nossa amostra é muito superior a um ano, parece que a vivência com dor e sintomas associados, sem conseguir obter um diagnóstico que os clarifique e legitime, é associada a maior introversão social, concordante com os resultados de estudos qualitativos de entrevista a pacientes com fibromialgia. (e.g., Tevens, 2003; Wentz, Lindberg & Hallberg, 2004).

Salienta-se o facto da emocionalidade negativa (neuroticismo) não ter correlacionado com nenhuma das medidas de saúde, no sentido contrário a grande parte da literatura que associa esta dimensão a uma mais baixa percepção de saúde física, na população geral e a percepção de dor, em pacientes com fibromialgia (Malt et al., 2002). Neste sentido, o nosso resultado foi no sentido do obtido por Gaviria et al. (2006), em que tanto o neuroticismo como a extroversão não correlacionaram com os níveis de dor percebida.

Em suma, verificamos que a disfuncionalidade provocada pelo impacto da fibromialgia, a dor e falta de saúde física associam-se preponderantemente a problemas ao nível das escalas de personalidade, sobretudo as que remetem para preocupações somáticas, insatisfação geral com a vida e falta de esperança, queixas somáticas específicas e necessidade de atenção, alienação social e experiências e percepções incomuns. Ainda, relacionam-se com menor capacidade de auto-afirmação e força para lidar com os problemas. Este padrão é bastante consistente na literatura, realçando-se que não pode ser estabelecida uma relação de causalidade.

No que respeita às relações entre as variáveis de personalidade e os acontecimentos de vida, verificamos que a escala problemas familiares relaciona-se positivamente com os acontecimentos potencialmente traumáticos, quer na infância, quer sem ser na infância, o que parece significar que quem relata mais acontecimentos adversos ao longo da vida considera ter pior ambiente familiar e mais conflitos, na

actualidade. Existe ainda a relação positiva da escala distress conjugal com os acontecimentos potencialmente traumáticos na infância, o que novamente se integra no âmbito da relação familiar, neste caso, mais restrita, com o parceiro íntimo. Analisando à luz da literatura, Kendall-Tackett (2002) salienta que o abuso passado afecta a capacidade para criar e manter relações positivas e recíprocas, assistindo-se nestas mulheres a uma taxa de divórcio mais elevada e a maior grau de insatisfação geral com as relações afectivas. Neste artigo de reflexão sobre os efeitos do abuso infantil na saúde, a autora refere que as diferentes formas de maus-tratos infantis conduzem à adopção de um estilo interpessoal disfuncional, que se reflecte na qualidade das relações. Van Houdenhove et al. (2009) realçam igualmente que as experiências traumáticas, contribuindo para a disfunção do eixo HPA e causadoras de maior vulnerabilidade para a fibromialgia, conduziriam a uma dificuldade em lidar adequadamente com o stress e a um risco aumentado de estilos de vida disfuncionais e relações insatisfatórias.

Os acontecimentos potencialmente traumáticos sem ser na infância tiveram relação positiva com a hipomania, agressividade e desinibição comportamental e, relação negativa com a introversão social, obsessividade e repressão. Numa tentativa de interpretação, referimos que nesta amostra estes acontecimentos parecem relacionar-se com aspectos positivos, nomeadamente menor desconforto social e insegurança nos contactos sociais, menor rigidez, preocupação excessiva e internalização de um padrão excessivamente cauteloso. Paralelamente, sendo que os valores médios das escalas com as quais tiveram uma relação positiva não foram clinicamente significativos, parece indicar que valores medianos nestas escalas (nomeadamente agressividade e desinibição comportamental) têm efeito positivo, sobretudo se relacionarmos com o resultado anteriormente interpretado de que a desinibição esteve associada a maior saúde mental e menor disfuncionalidade.

Em relação à configuração do padrão de relações de causalidade entre as variáveis de saúde, acontecimentos de vida e personalidade, no grupo com fibromialgia, verificámos em primeiro lugar que as escalas clínicas correspondentes a dimensões neuróticas (hipocondria, depressão e histeria) se revelaram mais adequadas, como variáveis latentes da personalidade, que as escalas clínicas correspondentes a dimensões mais patológicas (paranóia, psicastenia e esquizofrenia). Na comparação de diferentes

modelos hipotéticos, foram considerados ajustados dois modelos: o da personalidade como preditora da saúde (mas não dos acontecimentos de vida) e o da saúde como preditora da personalidade (mas não dos acontecimentos de vida), sendo o primeiro ligeiramente mais ajustado. Neste sentido, a confirmação do primeiro modelo vai no sentido de abordagens como a de Friedman (1987), que sugere a existência de uma propensão genérica de personalidade, caracterizada por uma emocionalidade negativa crónica, especialmente representada por elevada hostilidade e depressão, o que aumentaria o risco de doença em geral, independentemente do tipo de doença específica. A confirmação do segundo modelo é concordante com a concepção de que a doença e/ou a medicação têm um efeito na personalidade, que é normalmente subvalorizado, sendo importante reconhecer que o declínio da saúde pode provocar, a longo prazo, alterações na personalidade (Kern, 2011)

Como tal, verificou-se na nossa amostra uma interacção entre personalidade e saúde, ambas contribuindo para a explicação mútua, confirmando a importância de considerar tais influências bidireccionais potenciais entre personalidade e doença (Friedman, 2008) e não um papel unicamente causal da personalidade.

Não se verificou o papel mediador dos acontecimentos de vida entre personalidade e a saúde, assim não se confirmando, na presente amostra, o modelo de moderação do stress transaccional, que sugere que a personalidade influencia a exposição às circunstâncias stressantes, na sua frequência, severidade e duração, sendo que os efeitos fisiológicos de diferentes níveis de exposição ao stress poderiam contribuir para os efeitos da personalidade na saúde (Smith, 2006). Realçamos que a maioria da literatura que aponta para o valor preditor da personalidade na exposição diferencial a acontecimentos de vida (Bolger, 1995; Breslau, 1995; Kendler, 2003; Hutchinson, 2007; Magnus, 1993; Ormel, 1991) centra-se no papel do neuroticismo, enquanto dimensão normativa da personalidade, sendo que no presente estudo usámos como preditoras três escalas clínicas da personalidade que, embora constituindo uma tríade neurótica, são de carácter mais patológico.

O modelo que postulou os acontecimentos de vida como preditores da personalidade e/ou da saúde, não se confirmou. Assim, relativamente à relação dos acontecimentos com a personalidade, o resultado foi num sentido divergente do dos

estudos que identificam a influência dos acontecimentos de vida na personalidade (Roberts et al., 2005, 2006; Specht, 2011; Sutin, 2010). No que respeita à relação entre acontecimentos de vida e saúde, a sua não significância vai num sentido divergente dos estudos que apontam para os efeitos muito negativos e pervasivos que os acontecimentos potencialmente traumáticos, sobretudo, na infância, têm na saúde posterior, em população comunitária sem dor crónica (Kendall-Tackett, 2002; McFarlane et al., 2005; Mulvihill, 2005) e especificamente em população com dor crónica (Goldberg & Goldstein, 2000; Lampe et al., 2003; Sansone et al., 2006).

Por fim, o facto da saúde não se ter revelado preditora do relato de acontecimentos potencialmente traumáticos e negativos, parece significar que o viés da recordação não predominou nesta amostra. Este viés consiste no facto da recordação de acontecimentos adversos do passado ser bastante dependente da situação actual dos indivíduos, nomeadamente do estado de saúde física, o que poderia conduzir a um maior relato deste tipo de acontecimentos por parte de pessoas com saúde deficitária e, especificamente, com condições dolorosas (McBeth et al., 2001; Raphael, Chandler e Ciccone, 2004)

No que respeita à caracterização do grupo com fibromialgia, através do agrupamento das pacientes em função das pontuações nas variáveis de saúde, acontecimentos de vida e personalidade, identificámos a existência de dois grupos, confirmando assim a heterogeneidade deste grupo.

Um dos grupos, maioritário, corresponde a um perfil caracterizado por menor disfuncionalidade, melhor percepção de saúde e menor patologia ao nível das escalas clínicas da personalidade. O segundo grupo, minoritário, caracteriza-se por um perfil contrário ao anterior, de elevada disfuncionalidade, dor, baixa percepção de saúde física e mental e pontuações clinicamente significativas nas escalas clínicas da personalidade. Os acontecimentos de vida não se mostraram discriminativos ao nível destes perfis. Em referência à literatura, não tendo conhecimento de nenhum estudo que conjuga os três tipos de variáveis aqui apresentados, o nosso resultado vai no sentido de estudos que encontraram grupos distintos, com base na relação entre maior sintomatologia física e a maior patologia na personalidade, especificamente (Etscheidt, Stager & Braverman,

1995) e entre maior sintomatologia física e aspectos psicológicos negativos (Souza et al., 2008; Wilson et al., 2009).

Em relação ao agrupamento das pacientes com fibromialgia unicamente em função da personalidade, podemos considerar que se confirmou a existência dos três grupos, clássicos na literatura sobre dor crónica (Armentrout et al., 1982; Bradley et al., 1978; Masters et al., 2003; Strassberg et al., 1992): 44% da amostra enquadrou-se no perfil que nomeámos de normativo, 34% correspondeu ao perfil psicopatológico e 22% correspondeu ao perfil típico da dor crónica, com elevações nas escalas da tríade neurótica (embora com uma pontuação significativa numa quarta escala clínica). Estes resultados foram concordantes com os obtidos por Ahles et al. (1984) e Yunus et al. (1991), no que respeita ao facto de a percentagem superior se enquadrar na normalidade. No entanto, diferiram desses estudos no sentido em que os mesmos identificaram como o segundo mais representativo o perfil típico da dor crónica, enquanto na nossa amostra a segunda maior percentagem de doentes enquadrou-se no perfil psicopatológico, com elevações em várias escalas clínicas da personalidade. Assim, podemos considerar que o nosso grupo com fibromialgia se revelou com níveis de funcionamento psicológico semelhantes, no que respeita à normalidade, aos encontrados em pacientes dos cuidados de saúde secundários, sendo que, normalmente, os estudos que obtiveram uma percentagem claramente dominante de pacientes no perfil psicopatológico correspondem ao contexto de cuidados de saúde terciários (Porter-Moffitt et al., 2006) e de serviços de saúde mental (Claros et al., 2006).

No que respeita à relação entre a pertença aos diferentes perfis de personalidade e as variáveis físicas, identificámos que o grupo classificado como normativo difere significativamente dos outros dois no impacto causado pela fibromialgia, por apresentar menores níveis de incapacidade. Sendo que os dois grupos não normativos não diferiram significativamente entre si, destaca-se que melhor funcionamento psicológico está associado a melhor funcionamento físico e menor disfunção. No estado de saúde física, existiu uma diferença significativa entre o grupo normativo e o grupo com o perfil típico da dor crónica, sendo o primeiro a ter melhor percepção de estado de saúde e o segundo a apresentar o pior resultado. É de realçar que o grupo com perfil de dor crónica apresentou os piores níveis de estado de saúde física, inferiores (embora não significativamente) aos do grupo psicopatológico, o que parece confirmar a relevância

específica das escalas da tríade neurótica, na relação com a dor crónica efectivamente sentida e com o seu impacto na saúde física; os níveis de maior patologia que caracterizam o perfil psicopatológico, com elevações em escalas como psicopatia, pararóia, psicastenia e esquizofrenia, embora de maior severidade em termos psicológicos, não têm tanta relação com a saúde física. Tanto nos níveis de dor como no estado de saúde mental, embora os três grupos não tenham diferido significativamente entre si, o grupo normativo teve o mais baixo nível de dor e o grupo psicopatológico teve a pior saúde mental, o que é coerente com os resultados anteriores.

Iniciando a interpretação dos resultados de comparação do grupo com fibromialgia com os outros dois grupos, artrite reumatóide e saudável, começamos por nos debruçar sobre as variáveis de saúde (estado de saúde física, estado de saúde mental e dor). O nível médio de dor reportada pelas pacientes com fibromialgia situa-se ligeiramente acima do nível que pode ser classificado como causador de severa interferência funcional (Zelman, Hoffman, Seifeldin & Dukes, 2003) e, tal como hipotetizado, este nível de dor foi significativamente superior ao apresentado pelo grupo com artrite (Marques et al., 2001; Oliveira et al., 2009; Quartilho, 1998; Viitanen et al., 1993; Walker et al., 1997c). De forma similar, os níveis de saúde física e mental percebida foram significativamente mais baixos que os dos grupos de artrite e saudável (Besteiro, 2008; Birtane et al., 2007; Oliveira et al., 2009; Strombeck et al., 2000; Tander et al., 2008; Walker et al., 1997c).

No que respeita aos acontecimentos de vida, também de acordo com o hipotetizado, o grupo com fibromialgia apresentou níveis superiores ao grupo com artrite nos três tipos de acontecimentos avaliados: acontecimentos potencialmente traumáticos na infância, acontecimentos potencialmente traumáticos sem ser na infância e acontecimentos negativos no último ano. No entanto, há que ressaltar que, relativamente ao grupo com artrite, esta elevação só foi significativa nos acontecimentos sem ser na infância; nos restantes, o grupo com fibromialgia teve valores significativamente mais elevados que o grupo saudável, mas não que o grupo com artrite. Antes de enquadrarmos este dado na literatura, voltamos a enfatizar que a grande maioria dos estudos se centra no abuso físico/sexual, sobretudo na infância, não

contemplando outro tipo de acontecimentos potencialmente traumáticos. Como tal, não encontrámos outro estudo que comparasse um grupo com fibromialgia a outros grupos, relativamente à ocorrência de um amplo conjunto de acontecimentos, envolvendo tipos de acontecimentos potencialmente traumáticos tão diferentes como desastre natural, acidente de transporte, captura ou perda súbita de ente querido.

Em relação a acontecimentos ao longo da vida e não especificamente na infância, os resultados são consistentes com grande parte da literatura, quer no que respeita a comparação com artrite reumatóide (Boisset-Pioro et al., 1995; Van Houdenhove et al., 2001; Walker et al., 1997b), quer com grupo saudável (Alexander et al., 1998; Anderberg et al., 2000; Smith et al., 2009). No que respeita aos acontecimentos na infância, tendo sido significativamente superiores no grupo com fibromialgia, relativamente ao grupo saudável, não o foram em relação à artrite reumatóide. No entanto, e, tendo em conta que a esmagadora maioria dos estudos se centra no abuso sexual e físico, verificamos que o grupo com fibromialgia teve valores significativamente mais elevados que os restantes grupos em “outra experiência ou contacto sexual não desejado ou desagradável”, tendo também sido superior, em termos absolutos (mas não significativamente) na agressão sexual directa. Este resultado tende a ser concordante com a prevalência superior de abuso sexual, em diversas formas, na fibromialgia (e.g., Carpenter et al., 1998; Naring et al., 2007; Walker et al., 1997b). Sendo muito complexa a comparação de dados a este nível, devido a diferenças metodológicas entre os diferentes estudos (e.g., diferenças na definição, considerar o abuso sexual infantil até aos 18 anos de idade, estabelecer um intervalo etário entre os 10 e os 16 anos, etc) e sendo um objectivo central do nosso trabalho, referimos apenas um estudo meta-analítico sobre a prevalência do abuso sexual infantil em termos internacionais (Pereda, Guilera, Forns, & Gómez-Benito, 2009); este estudo encontrou uma taxa de prevalência de 9.2% na Europa (a mais baixa) e de 25.3% nos Estados Unidos da América, nas mulheres, antes dos 18 anos. Sendo que, no presente estudo, 24% das mulheres com fibromialgia reportaram uma das duas formas de abuso sexual, agressão directa (violação ou tentativa de violação) ou outra experiência sexual não desejada (sobretudo a segunda), até aos 12 anos de idade, podemos considerar que se trata de valores muito elevados, num período etário muito mais reduzido.

Em relação aos acontecimentos negativos do último ano, o facto de serem significativamente superiores nas pacientes com fibromialgia que no grupo saudável é consistente com o resultado de Anderberg et al. (2000). Estes autores, conjugando este resultado com o facto de o grupo com fibromialgia reportar significativamente mais acontecimentos potencialmente traumáticos na infância e na adolescência (tal como aconteceu no presente estudo), colocaram a hipótese de estes pacientes serem mais vulneráveis à percepção de acontecimentos negativos, devido à possível existência de depressão comórbida, ou, a aspectos da personalidade que se relacionariam com uma visão mais negativa da vida e do meio envolvente.

Por fim, salienta-se que no âmbito da literatura sobre dor crónica em geral e sua relação com acontecimentos adversos na história de vida (e.g., Lampe et al., 2003; Goldberg & Goldstein, 2000; Sansone et al., 2006), seria de esperar que as pacientes com artrite reumatóide tivessem significativamente mais acontecimentos de vida potencialmente traumáticos que o grupo saudável, o que não aconteceu. No entanto, em estudos que, tal como nosso, efectuam comparação entre grupo com artrite reumatóide, grupo com fibromialgia e grupo de controlo saudável, encontram-se resultados em que os doentes de artrite não diferiram dos saudáveis, quanto a acontecimentos de vida adversos (Ahles, 1984) e em que apresentaram até uma história de vitimização de diferentes tipos inferior ao grupo saudável (Van Houdenhove et al., 2001).

No que se refere à personalidade, na análise comparativa entre os três grupos, destaca-se o facto do grupo com fibromialgia ter sido único a apresentar pontuações médias clinicamente significativas nas escalas clínicas hipocondria, depressão e histeria. Esta elevação nas escalas da tríade neurótica é muito consistente com a literatura sobre dor crónica, na qual é referido que devido ao facto de uma elevada percentagem de doentes apresentar elevações nestas escalas, constituindo-se como os factores discriminatórios mais úteis entre os doentes e o grupo de controlo (Keller & Butcher, 1991; Slesinger et al., 2002; Vendrig, 2000), elas parecem poder relacionar-se com a dor efectivamente sentida, não significando necessariamente que o paciente esteja a converter mal-estar emocional em queixas físicas e dor. Como tal, desde que não sejam apresentadas elevações extremas, tal não deverá ser considerado clinicamente significativo (Arbisi & Butcher, 2004; Sherman et al., 1995). No entanto, é de realçar o facto do grupo com artrite não apresentar, em média, este perfil neurótico. De forma

similar, o grupo com fibromialgia apresentou também elevação significativa na escala clínica esquizofrenia, consistente com o resultado característico dos doentes com dor crónica do estudo de Keller e Butcher, mas tal não se verificou no grupo de artrite, que, em termos médios, não teve elevações em nenhuma escala do MMPI-2. Esta diferença entre fibromialgia e artrite reumatóide é consistente com os resultados de grande parte dos estudos comparativos entre estes grupos (Ahles et al., 1984; Ardiç & Toraman, 2002; Payne et al., 1982; Wolfe et al., 1984) e também de comparação com outros grupos dolorosos, sendo que o grupo com fibromialgia caracteriza-se por piores resultados nas escalas clínicas, não apenas nas da tríade neurótica mas em várias das restantes que remetem para maior psicopatologia, como a esquizofrenia (Kvale et al., 2001; Pérez-Pareja et al., 2010; Porter-Moffitt et al., 2006; Trygg et al., 2002).

O facto da pontuação média em esquizofrenia no grupo com fibromialgia ter sido clinicamente significativa e correlacionado negativamente com o estado de saúde física, que é percepcionado como baixo, suscita a hipótese de que esta alienação social e percepção de ter experiências e sentimentos incomuns tenham a ver com a sensação de isolamento, incompreensão e estigmatização que vai aumentando nas pacientes à medida que sentem ter pior saúde e tendem a fechar-se, não verbalizando sobre os seus sintomas para não terem impacto negativo no meio social (Herbette & Rimé, 2004)

O grupo com fibromialgia apresentou também pontuação significativa em outras duas escalas que são identificadas na literatura como relevantes em população com dor crónica: a escala de conteúdo preocupações com a saúde, a única que se revelou discriminativa entre o grupo com dor crónica e os grupos sem dor, em conjugação com as escalas da tríade neurótica (Keller & Butcher, 1991) e a escala suplementar força do ego, cuja pontuação é expectável que seja mais baixa na dor crónica (Keller & Butcher; Gatchel, 2000). Novamente, é de realçar que o grupo com artrite não apresentou pontuação significativa nestas escalas.

Relativamente à escala suplementar stress pós-traumático, a amostra com fibromialgia não teve pontuação clinicamente significativa, o que, embora ressalvando que a pontuação na escala não corresponde por si só a diagnóstico desta perturbação, parece não ir no sentido de estudos que apontam para uma elevada prevalência de PTSD em pacientes com fibromialgia (Cohen et al., 2002; Sherman et al., 2000). No entanto,

este grupo teve valores significativamente superiores aos dos outros dois grupos e o grupo com artrite diferiu também significativamente do grupo saudável, que apresentou os valores mais baixos. Neste sentido, parece-nos que existe um padrão de diferenciação descendente, em que maiores níveis de dor e mal-estar físico e mental estão associados a mais sintomas de mal-estar emocional intenso, ansiedade, culpa e sensação de incompreensão, que caracterizam esta escala da personalidade.

Relativamente às escalas de perturbação da personalidade, é de referir em primeiro lugar que o grupo com fibromialgia, em termos médios, não apresentou valores significativos em nenhuma destas escalas, o que parece dissonante da literatura que refere prevalência muito elevada de perturbações da personalidade na população com dor crónica e, especificamente, na fibromialgia (Rose et al., 2009; Uguz et al., 2010). No entanto, é concordante com o resultado encontrado por Thieme et al. (2004), de uma prevalência baixa de perturbações da personalidade no grupo de pacientes com fibromialgia. Embora a pontuação nestas escalas não se constitua como diagnóstica de perturbação da personalidade, por si só, fornece um indicador para tal, o que aqui não se verificou. O grupo com fibromialgia e o grupo AR apresentaram, ambos, uma pontuação significativamente mais elevada na emocionalidade negativa (neuroticismo), comparativamente ao grupo saudável. Este resultado é consistente com o de Goubert et al. (2004), que consideram que o neuroticismo pode ser concebido como um factor de vulnerabilidade para a dor crónica, num enquadramento de diátese-stress, e com o de Charles et al. (2008), em que o neuroticismo se revelou preditor de muito longo prazo de um vasto conjunto de problemas de saúde física, sobretudo, condições dolorosas, considerando os autores que esta dimensão pode representar um limiar mais baixo de sensibilidade à dor, assim exacerbando certas condições dolorosas. O facto de o grupo com fibromialgia ter valores significativamente mais elevados de neuroticismo que o grupo saudável, é consistente com a literatura (Malt et al., 2002; Martin et al., 2000; Martin-McAllen, 1997). O facto de não ter níveis significativamente mais elevados que o grupo AR, difere de alguns estudos (Besteiro et al., 2008; Walker et al., 1997b).

As pacientes com fibromialgia apresentaram níveis de introversão (baixa emocionalidade positiva) significativamente superiores aos do grupo saudável, não diferindo significativamente do grupo com artrite. Este resultado é consistente com a literatura, no sentido da maior introversão relativamente aos saudáveis, sendo esperado

que fosse também significativamente mais elevada que a do outro grupo com dor crónica (Satalino, 2008; Zautra et al., 2005).

Por fim, passamos ao último ponto desta discussão, referente à atribuição causal no grupo com fibromialgia. Na discussão destes resultados, é necessário referir, em primeiro lugar, que para além de existirem relativamente poucos estudos neste âmbito, existem diferenças metodológicas que impedem a comparação dos nossos resultados com os obtidos nessas investigações. Especificamente, a diferença fundamental consiste no facto de, na maioria desses estudos, ser apresentada uma lista em formato de questionário, com possíveis factores desencadeantes da fibromialgia, de tipo muito variado (e.g., acontecimentos de vida, aspectos genéticos, de personalidade, o “acaso”), dos quais os participantes podem escolher vários. No presente estudo, foi efectuada uma questão aberta, em formato de entrevista, sobre a existência ou ausência de um acontecimento de vida que as pacientes identificassem como desencadeante da fibromialgia.

Relativamente ao tipo de atribuição efectuada, sendo que menos de metade da amostra não fez qualquer atribuição, este resultado é concordante com o de Bennett, Jones, Turk, Russell e Matallana (2007) e discordante de estudos em que a maioria dos participantes não faz identificação de factor desencadeante (Aaron et al., 1997; Wolfe et al., 1986).

Entre as pacientes que efectuaram atribuição, o facto de a maior parte ter identificado um acontecimento de tipo físico é concordante com os resultados de Wilson et al. (2008) e com vasta literatura que identificou que uma elevada percentagem de pacientes com fibromialgia reporta a existência de um trauma físico, entre semanas a muitos meses antes do surgimento dos sintomas (Al-Allaf et al., 2002; Sukenik et al., 2008; Turk et al., 1996).

Na comparação entre os três tipos de atribuição (atribuição a acontecimento físico, atribuição a acontecimento psicológico e ausência de atribuição) no âmbito das respectivas pontuações nas variáveis de saúde, acontecimentos de vida e variáveis de personalidade, identificámos que não existiram diferenças significativas entre os três grupos, nas variáveis de saúde e nas escalas clínicas da personalidade. No que respeita

aos acontecimentos de vida, existiu uma diferença significativa, nos acontecimentos potencialmente traumáticos na infância, sendo que o grupo que fez atribuição a um acontecimento de tipo psicológico relatou significativamente mais acontecimentos que o grupo que não fez qualquer atribuição. Este resultado pode ser interpretado com referência a um outro resultado, o da relação positiva dos acontecimentos potencialmente traumáticos na infância, tanto com os acontecimentos potencialmente traumáticos sem ser na infância como com os acontecimentos negativo no último ano, na amostra total de fibromialgia. Estes dados, embora de pequena magnitude, fazem-nos pensar sobre a importância dos aspectos psicológicos na forma como estas pacientes pensam sobre o surgimento da fibromialgia e na forma como elas avaliam e consideram os seus acontecimentos de vida, suscitando algumas hipóteses explicativas. Uma delas poderia remeter para a presença do viés do relato, significando que a pontuação mais elevada de acontecimentos potencialmente traumáticos resultaria de uma percepção subjectiva aumentada, um foco superior no “lado negativo da vida” e não correspondendo objectivamente a uma maior ocorrência. No entanto, tendo em conta os resultados mais globais, anteriormente discutidos, que não suportaram o viés do relato nesta amostra, estabelecemos a hipótese que vai no sentido contrário: porque experienciaram efectivamente mais acontecimentos negativos e adversos, especialmente na infância, tornaram-se mais atentas e com maior consciência das experiências negativas e mais propensas a identificar acontecimentos de vida psicológicos como causas da síndrome. Este aspecto seria consistente com o conceito de *significado global*, definido como sistema de orientação geral do indivíduo, que inclui as crenças globais que formam os esquemas nucleares através dos quais as pessoas interpretam as suas experiências futuras (Park, 2010). Sendo que este significado global é construído numa fase precoce da vida, na infância, é moldado pelos acontecimentos adversos aí vivenciados e irá condicionar a interpretação e significado atribuído aos eventos futuros.

Por último, verificámos que o grupo com fibromialgia diferiu significativamente do grupo com artrite reumatóide, sendo maioritária a percentagem de pacientes que fez atribuição causal, enquanto no grupo com artrite a maior parte da amostra não fez qualquer atribuição. Este resultado foi consistente com a hipótese por nós estabelecida e parece-nos explicável pelo facto de a fibromialgia ser uma síndrome sem causa e explicação médica claramente definida, comparativamente à artrite reumatóide, para a

qual existe evidência laboratorial que possibilita o diagnóstico, havendo maior clarificação da sua base biológica e consenso estabelecido na classe médica. Sendo expectável que as pessoas com condições medicamente inexplicadas possam investir mais esforço na recordação de experiências precoces negativas que os que sabem a razão fisiológica da sua dor, no denominado esforço na procura de significado (Raphael, Chandler & Ciccone, 2004), pensamos ser igualmente expectável que este processo se aplique à procura de identificação de um acontecimento “responsável” pelo surgimento da síndrome, que se possa constituir como uma explicação, pelo menos para a própria paciente.

Capítulo 3. Estudo Empírico Qualitativo

Introdução

Este estudo qualitativo enquadra-se numa perspectiva teórica própria, abordando a personalidade a um nível de análise diferente do utilizado no primeiro estudo quantitativo. Especificamente, abordamos a personalidade ao nível da narrativa da história de vida internalizada, segundo a concepção de McAdams (1996) que considera esta abordagem à personalidade a mais específica e contextualizada. Centramo-nos na abordagem teórica aos temas de agência e comunhão¹⁶, enquanto linhas temáticas centrais nas histórias de vida, cuja análise ajuda a definir e compreender a forma de estar na vida e a identidade dos diferentes indivíduos. Analisamos as investigações existentes sobre a relação destas duas dimensões com os factores do modelo dos cinco factores da personalidade e, com aspectos de saúde mental e física, antes de apresentarmos os objectivos específicos e a questão de investigação que guiaram a realização deste estudo.

História de vida e personalidade. No âmbito do estudo da personalidade, a abordagem dos traços tem sido predominante, sobretudo desde a década de 80 do século passado, com a relevância atribuída ao modelo dos cinco factores da personalidade. No entanto, esta abordagem não é isenta de críticas e insuficiências, nomeadamente a sua abstracção e falta de contextualização, como não fornecendo um enquadramento suficiente para a compreensão global da personalidade e individualidade humanas (McAdams, 1996). Neste sentido, McAdams propôs um novo enquadramento integrativo para o estudo das pessoas, considerando que uma adequada descrição da pessoa requer a delineação de 3 níveis relativamente independentes, não sobrepostos, aos quais a pessoa possa ser descrita. O nível 1 consiste nos traços, constructos vastos, descontextualizados e relativamente não condicionais, que estabelecem aspectos disposicionais importantes, embora insuficientes, para a descrição da personalidade. O nível 2 é nomeado de *interesses pessoais*, no qual se integram aspirações pessoais, tarefas de vida, estratégias de coping, competências e valores específicos de domínio e um vasto conjunto de outros constructos motivacionais, desenvolvimentais ou

¹⁶As dimensões *agency* e *communion* foram por nós traduzidas, respectivamente, como “agência” e “comunhão” e assim serão referidas ao longo do estudo.

estratégicos, contextualizados no tempo e lugar. Por fim, o nível 3 refere-se à história de vida internalizada, que integra o passado reconstruído, o presente percebido e o futuro antecipado, enquadrando diferentes aspectos do *eu* para conferir à vida um grau de sentido e unidade. Como tal, a identidade corresponde à história de vida, enquanto narrativa psicossocialmente construída, com uma estrutura e conteúdo particulares. A mesma pode ser descrita em termos de diferenças individuais nos tipos de histórias narradas e analisada em termos do seu contributo para facilitar a adaptação do indivíduo ou, pelo contrário, para reforçar a patologia. A história de vida, sendo baseada em factos empíricos, vai para além dos mesmos, para tornar a vida da pessoa numa narrativa significativa, mostrando como ela integra a sua vida no contexto temporal e social e o que a sua vida significa para si.

Segundo McAdams (2001), o processo de construção da história de vida tem origem na infância, na qual estamos implicitamente a recolher material para a história futura e, continua para além da meia-idade. As pessoas trabalham nas suas histórias de vida, de forma consciente e inconsciente, ao longo da maior parte dos seus anos de adultez, sendo que a história evolui de forma mais rápida e activa em fases de maior exploração e mudanças significativas, com evolução menor e mais lenta em períodos de relativa estabilidade na identidade.

McAdams et al. (2006) referem que o facto de diferentes aspectos da identidade narrativa apresentarem níveis respeitáveis de continuidade longitudinal, num período de três anos, reforça a importância da investigação sobre a história de vida.

As dimensões de agência e comunhão na história de vida. As dimensões agência e comunhão foram definidas por Bakan (1966, como citado em McAdams, 2001) como as duas modalidades fundamentais na vida humana; a agência refere-se a esforços do indivíduo para afirmar e expandir o eu, separando-se dos outros e dominando o ambiente em que reside. A comunhão refere-se aos esforços do indivíduo para se fundir com outros indivíduos, em ligações de intimidade e partilha. A agência relaciona-se com conceitos como dominância, extroversão, motivação para a realização e para o poder; a comunhão relaciona-se com amabilidade, afiliação e motivação para a intimidade. Segundo McAdams, estas duas dimensões traduzem-se nas duas grandes

linhas temáticas centrais nas histórias de vida, referindo-se ao que as personagens desejam e tentam obter, sendo que as histórias de vida podem ser comparadas e contrastadas com respeito à força e saliência de cada uma destas linhas temáticas. A este nível, existem quatro possibilidades: uma história de vida claramente dominada por agência, por comunhão, com elevados níveis de ambas ou com baixos níveis de ambas. McAdams, Hoffman, Mansfield e Day (1996) verificaram que os temas de agência na história de vida foram positivamente relacionados com escalas de realização de dominância e os temas de comunhão foram positivamente relacionados com as escalas de afiliação e cuidado.

São constructos independentes (Helgeson, 1994; McAdams, 1996) e, pelas características associadas, a agência é tradicionalmente mencionada na literatura como masculinidade e a comunhão como feminilidade (Helgeson, 1994).

Segundo Horowitz (2004), a maior parte das investigações sobre os traços de personalidade, numa perspectiva interpessoal, têm chegado a duas dimensões, sendo um dos eixos referidos como afiliação, amor e partilha e o outro como dominância, independência e poder. O autor considera que o primeiro eixo corresponde, de forma supraordenada, à comunhão e o segundo eixo, à agência, sendo dimensões organizadoras muito salientes porque dão lugar a correspondentes comportamentos interpessoais. A personalidade desenvolve-se como uma interacção entre duas linhas desenvolvimentais, a comunhão conduzindo idealmente à satisfação da intimidade com os outros e, a agência conduzindo idealmente a uma auto-imagem competente e autónoma (Blatt, 1990, como citado em Horowitz, 2004). Embora os dois motivos por vezes conflituem entre si, o desenvolvimento adequado requer uma satisfação razoável de ambos.

Relação entre agência e comunhão e os cinco factores da personalidade.

Relativamente à relação entre as dimensões de agência e comunhão, enquanto aspectos narrativos da personalidade (nível 3) e os traços disposicionais (nível 1), McAdams et al. (2004) realçam a ausência de estudos neste âmbito, hipotetizando que esta ausência de dados pode dever-se à grande diferença de metodologias e pressupostos epistemológicos entre os cientistas que se dedicam a estes diferentes domínios: o da

psicologia dos traços, quantitativo e psicométrico e, o da psicologia da narrativa, qualitativo e idiográfico. Neste sentido, utilizando a cotação da entrevista de história de vida em temas de agência e comunhão, encontramos apenas um artigo, referenciando dois estudos idênticos (um com estudantes universitários e outro com adultos mais velhos) de avaliação da relação entre os cinco factores de personalidade e a agência e comunhão. Nessa investigação, a comunhão apresentou relação positiva com a amabilidade e com a extroversão em ambos os estudos e a agência teve relação positiva com a amabilidade, no segundo estudo.

Um estudo avaliando a agência e comunhão através de um outro método qualitativo, a contagem de atributos de agência e de comunhão na auto-descrição dos indivíduos, relativamente ao seu papel em diferentes contextos (Diehl, Owen, & Youngblade, 2004), verificou-se que os índices de agência tiveram relação positiva com a abertura à experiência e relação negativa com a amabilidade e conscienciosidade; os índices de comunhão tiveram relação positiva com a amabilidade e conscienciosidade.

Relativamente a agência e comunhão medidas através de escalas quantitativas, a agência apresenta relação positiva com a conscienciosidade e extroversão e relação negativa com o neuroticismo (Gahed & Gallo, 2006; Helgeson & Fritz, 2000) e positivamente com a abertura à experiência (Helgeson & Fritz, 2000). A comunhão apresenta relação positiva com a amabilidade (Gahed & Gallo, 2006; Helgeson & Fitz, 1998) e conscienciosidade (Gahed & Gallo, 2006).

Relação entre agência e comunhão e aspectos de saúde mental e física. No âmbito de estudos que medem estas dimensões através de escalas quantitativas, Helgeson (1994), numa revisão de estudos sobre a agência e a comunhão, conclui que ambas as dimensões são benéficas para o bem-estar, em aspectos distintos, sendo a agência relacionada com saúde mental e bem-estar psicológico e a comunhão relacionada com a satisfação relacional interpessoal. No entanto, realça as severas consequências para a saúde quando estas dimensões são levadas ao seu extremo, visto que, por definição, o extremo de uma impede a existência da outra. Estas dimensões são referidas como agência e comunhão *unmitigated*, uma vez que a dimensão não é mitigada pela outra, tornando-se excessivamente preponderante.

A agência tem sido positivamente relacionada com o suporte social (Helgeson, 1990), menor mal-estar psicológico e depressão e maior auto-estima (Helgeson & Fritz, 1999), afecto positivo, satisfação com a vida, ajustamento social e menor afecto negativo (Saragovi, Aube, Koestner, & Zuroff, 2002), menor hostilidade e mal-estar interpessoal (Gahed & Gallo, 2006), melhores comportamento de saúde (Danoff-Burg, Mosher, & Grant, 2006). Adler (2012), numa avaliação a participantes ao longo de um processo psicoterapêutico, verificou que as suas narrativas revelaram aumentos significativos no tema de agência e este aumento foi preditor de melhoras na saúde mental, permanecendo uma relação estatisticamente significativa após análise da contribuição de outras variáveis de personalidade, como o neuroticismo. No que respeita a estudos com amostras de doença física, a agência foi positivamente associada a bom ajustamento em doentes com cancro na próstata (Helgeson & Lepore, 1997), ajustamento emocional e interpessoal em doentes com cancro da mama (Piro, Zeldow, Knight, Mytko, & Gradishar 2001), melhores resultados de saúde em doentes com artrite reumatóide (Trudeau, Danoff-Burg, Revenson, & Paget, 2003), melhor qualidade de vida e menor impacto negativo dos sintomas na imagem corporal em mulheres com síndrome do cólon irritável (Voci & Cramer, 2009).

A comunhão tem sido positiva e significativamente associada ao ajustamento à diáde e afecto positivo quotidiano (Saragovi et al., 2002), auto-aceitação, relações positivas com os outros e sentido na vida (Diehl, Owen, & Youngblade, 2004). Kuiper e Borowicz-Sibenik (2005) verificaram que a combinação de elevados níveis de agência e comunhão foi associada com o mais elevado grau de bem-estar psicológico e menor sintomatologia depressiva. Mansfield e McAdams (1996) identificaram que os indivíduos com maiores níveis de generatividade (i.e., interesse e compromisso de contribuir de forma positiva e criativa para as gerações futuras) tiveram pontuações totais de comunhão significativamente superiores.

No final desta abordagem teórica, é de referir que todos os estudos consultados com amostra de fibromialgia, com metodologia de análise qualitativa, abordam especificamente a vivência da fibromialgia, com guião de entrevista com questões específicas relativas a diferentes factores relativos ao seu surgimento e experiência (e.g, factores predisponentes, desencadeantes e de manutenção, experiência, consequências). Neste sentido, o presente estudo diferencia-se pelo facto de se centrar na análise da

história de vida da “pessoa” com fibromialgia, e não da “doente” com fibromialgia, uma vez que nunca menciona nas suas questões a síndrome, apenas deixando a possibilidade por parte da paciente de fazer maior ou menor referência à mesma. Não encontramos qualquer investigação neste âmbito com a entrevista de história de vida de McAdams, nem com codificação nas dimensões de agência e comunhão, o que dá a este estudo um carácter exploratório.

Objectivos. Os objectivos específicos deste estudo qualitativo são os seguintes:

1. Identificar temas comuns na história de vida das pacientes com fibromialgia, segundo uma análise fenomenológica interpretativa.
2. Analisar a história de vida em termos das dimensões de agência e comunhão e respectivos sub-temas, definidos por McAdams (1995).

Questão de investigação. Em que medida a referência à vivência da fibromialgia se revela preponderante na entrevista de história de vida?

Método

Participantes

A amostra deste estudo é constituída por um subgrupo de pacientes com fibromialgia que integraram a amostra do primeiro estudo quantitativo e os critérios de selecção foram decididos após a análise dos dados resultantes do primeiro estudo; na medida em que a atribuição causal do surgimento da fibromialgia a algum acontecimento, de tipo físico ou psicológico, se revelou com significância estatística relativamente a alguns resultados, foi decidida a conjugação de dois critérios, que possibilitassem alguma homogeneidade da amostra: existência de atribuição causal e tempo de duração de sintomas. Desta forma, seleccionámos 11 pacientes, que cumpriam o critério de atribuição causal e cujo tempo médio de duração de sintomas se aproximava da média apresentada pela totalidade da amostra com fibromialgia, avaliada

no primeiro estudo. Paralelamente, considerámos que a dimensão desta amostra era adequada à metodologia a utilizar neste estudo, a análise fenomenológica interpretativa (IPA), sendo que a maior parte dos estudos que a utilizam têm entre cinco e 10 participantes (Smith, 2004). Sendo que uma das participantes seleccionadas não manifestou disponibilidade para participação, obtivemos uma amostra de 10 participantes.

A amostra foi constituída por 10 mulheres com diagnóstico de fibromialgia, residentes no distrito de Lisboa, com idades entre os 29 e os 59 anos ($M = 47.10$; $DP = 8.50$). No que se refere ao estado civil, nove são casadas/união de facto e uma é divorciada e todas vivem com a família. Relativamente ao nível de escolaridade, o 12º ano é a habilitação académica mais frequente (4), seguida pela licenciatura (3) e existe uma com mestrado, uma com o 9º ano e outra com o 6º ano. Relativamente à situação profissional, sete encontram-se empregadas, uma é doméstica, uma é reformada e uma encontra-se desempregada. A duração média do diagnóstico, em anos, é de 5.40 ($DP = 2.75$), a duração média de sintomas é de 12.40 ($DP=2.36$) e a duração média entre surgimento de sintomas e obtenção de diagnóstico é de sete anos ($DP = 3.52$). Nenhuma das participantes tem acompanhamento psicológico ou psiquiátrico.

Para verificar se este grupo minoritário ($n = 10$) difere da restante amostra com fibromialgia ($n = 40$), nas pontuações médias das variáveis avaliadas no primeiro estudo quantitativo, efectuámos um teste *t*-student para todas as variáveis de saúde, acontecimentos de vida e personalidade. Em comparação deste grupo com o grupo maioritário da amostra de fibromialgia, verificamos que existe diferença estatisticamente significativa numa única variável, a pontuação do FIQ (impacto da fibromialgia), sendo que este grupo teve um valor significativamente superior ($M = 66.54$; $DP = 9.36$) que a do grupo maioritário ($M = 55.22$; $DP = 14.25$), revelando assim maior disfuncionalidade devida à fibromialgia ($t(20.81) = -3.04$; $p = 0.00$)

Instrumento

O instrumento utilizado foi a Entrevista de História de Vida (McAdams, 1995), constituída por nove secções (I. Capítulos de vida, II. Eventos críticos; III. Desafio de vida; IV. Influências na história de vida: positiva e negativa; V. Histórias e a história de

vida; VI. Futuros alternativos para a história de vida; VII. Ideologia pessoal; VIII. Tema de vida; IX. Outro). Na secção II (Eventos críticos) são abordados oito eventos específicos: *peak experience*¹⁷, *nadir experience*¹⁸, ponto de viragem, primeira memória, cena infantil importante, cena adolescente importante, cena adulta importante, outra cena importante). Especificamente, é pedido que a pessoa descreva em detalhe o que aconteceu, onde aconteceu, quem estava envolvido, o que fez, o que estava a pensar e a sentir e, ainda, que impacto este evento teve na sua história de vida e o que ele diz sobre o que a pessoa é ou era (ver anexo J).

Procedimento

As participantes foram contactadas telefonicamente e inquirida a sua disponibilidade para participação no estudo, sendo fornecida informação sobre os objectivos do estudo, confidencialidade no tratamento dos dados e anonimato na apresentação dos resultados. O processo de recolha de dados decorreu entre Março e Abril de 2011. As entrevistas, individuais, foram efectuadas pela investigadora e decorreram na casa das participantes. As entrevistas foram gravadas integralmente em suporte áudio e tiveram uma duração média de 2 horas, tendo a entrevista menos longa 1 hora e 30 minutos e a mais longa, 3 horas e 15 minutos.

Análise dos dados: O processo de codificação

Análise fenomenológica interpretativa. Após a transcrição integral das entrevistas, realizada em programa informático de processamento de texto, iniciou-se o processo de codificação. A metodologia qualitativa escolhida foi a análise fenomenológica interpretativa, cujo objectivo é explorar em detalhe como é que as participantes fazem sentido do seu mundo pessoal e social e focar-se nos significados que elas atribuem às experiências e eventos particulares. É uma abordagem fenomenológica, na medida em que envolve uma análise detalhada do mundo vivido pelas participantes, centrada na percepção e significado pessoal atribuído a um objecto

¹⁷Foi traduzida como experiência de topo e assim é referida nas secções seguintes deste estudo.

¹⁸Foi traduzida como experiência de baixo e assim é referida nas secções seguintes deste estudo.

ou evento, em oposição a qualquer tentativa de alcançar objectividade em relação aos mesmos. Assim sendo, não existe nem é apropriada a existência de uma metodologia prescritiva para a análise fenomenológica interpretativa, pois, embora exista um processo básico (do descritivo em direcção ao interpretativo), a análise em si mesma corresponde ao trabalho interpretativo que o investigador faz a cada estágio (Smith & Osborn, 2004). Daí, não procurando afirmar objectividade através de uma fórmula procedimental detalhada, existem diferenças no processo de análise dos dados em diferentes investigações que utilizam esta metodologia (Brocki & Wearden, 2006).

Da mesma forma, considera-se que, dado o elevado grau de subjectividade implicado, os critérios tradicionais para avaliar a qualidade da investigação, baseados numa afirmação da objectividade do investigador e descomprometimento do processo analítico, são inapropriados neste tipo de estudos (Touroni & Coyle, 2002). A fiabilidade torna-se um critério inapropriado, na medida em que o objectivo do investigador é oferecer uma das possíveis interpretações dos fenómenos. Nomeadamente no que respeita ao uso da fiabilidade inter-cotador para verificação de objectividade de um esquema de codificação, a pré-definição de regras para codificação idêntica entre duas pessoas limita as possibilidades interpretativas e, além do mais, não exclui a subjectividade na interpretação dos dados, sendo apenas uma interpretação com a concordância de duas pessoas (Yardley, 2000).

Desta forma, o procedimento de codificação foi efectuado pela investigadora, seguindo o enquadramento metodológico proposto por Smith e Osborn (2003): o primeiro passo corresponde à procura de temas, sendo efectuada uma leitura repetida da entrevista transcrita, à qual se segue a anotação na própria margem do texto de tudo o que é interessante ou significativo sobre o que a pessoa diz; estas anotações correspondem a tentativas de sumariar ou parafrasear, relatar associações que surgem ou contradições detectadas e são efectuadas em linguagem próxima das próprias palavras da participante. No fim deste processo, voltamos ao início da transcrição e a outra margem é usada para documentar títulos de temas emergentes, que captem a essência do que foi encontrado no texto, títulos estes que possuem maior grau de abstracção e traduzem um nível de análise mais interpretativo. Esta lista é cronológica, apresentando os temas na ordem em que vão surgindo no texto. Em simultâneo, é feito o trabalho de voltar ao texto e garantir que existe uma relação aparente entre as palavras da

participante e a interpretação efectuada, sendo uma forma de análise iterativa. Seguidamente, são procuradas conexões entre os temas, passando-se assim de uma ordenação cronológica dos temas para uma ordenação mais analítica e coerente, fazendo agrupamento de temas. Por fim, os agrupamentos de temas recebem um título, correspondendo cada título a um tema supraordenado, composto por um conjunto de temas. Neste processo, alguns temas podem ser abandonados, por não serem suficientemente ricos em evidência ou por não encaixarem adequadamente na estrutura emergente. Seguidamente, repete-se o processo com cada uma das entrevistas individuais, partindo, num último passo, para a identificação de padrões repetidos, sem nunca perder a abertura para o reconhecimento de novas questões

Agência e comunhão. A codificação de agência e comunhão foi efectuada a partir do sistema definido por McAdams (2001), aplicando-se aos oito episódios específicos pertencentes à secção II (Eventos críticos) da entrevista de história de vida: experiência de topo, experiência de baixo, ponto de viragem, primeira memória, cena infantil importante, cena adolescente importante, cena adulta importante e outra cena importante. A unidade de codificação é cada episódio em si mesmo. Cada episódio é codificado para a presença ou ausência de oito temas diferentes, quatro subordinados a agência e quatro subordinados a comunhão (ver no anexo K a descrição dos oito temas). Os quatro temas de agência são (1) Auto-mestria, (2) Estatuto/Vitória, (3) Conquista/Responsabilidade e (4) Empoderamento. Os quatro temas de comunhão são (5) Amor/Amizade, (6) Diálogo, (7) Cuidar/Ajudar e (8) Unidade/União. Se o codificador encontra evidência do tema no episódio, o tema recebe uma pontuação de 1 nesse episódio; se não existir, o tema recebe uma pontuação de 0. Cada tema é pontuado apenas uma vez por episódio. Assim, em cada episódio, a pontuação mais elevada possível para agência e para comunhão é de 4 e a pontuação mais baixa é de 0.

A codificação foi efectuada por dois codificadores independentes, sendo um deles a investigadora que conduz este estudo; após uma comparação, tendo sido constatada grande similitude, a investigadora voltou a analisar as entrevistas e reviu a sua codificação; por fim, recorreu-se a um terceiro codificador que se debruçou apenas sobre os episódios nos quais permanecia alguma incongruência entre as duas codificações iniciais e a codificação obtida por este validou uma das anteriores, que prevaleceu.

Resultados

Iniciamos a secção de resultados com a apresentação dos temas supraordenados encontrados através da análise fenomenológica interpretativa da história de vida de cada uma das 10 pacientes¹⁹, numa perspectiva individual, antes de passarmos à apresentação dos temas supraordenados da totalidade da amostra.

Temas emergentes da análise fenomenológica interpretativa

A: Sofrimento pela incompreensão da doença; Diagnóstico e pacificação; preocupação com os outros e solidariedade; Gratidão; Insegurança e receios, Fazer das fraquezas força; Aceitação da realidade como ela é; Injustiça; Valorizar a aprendizagem.

BJ: Culpa; Injustiça como motor de acção para ajudar os outros; Vivência de adversidades; Luta e superação das adversidades; Solidão como procura de equilíbrio; Infância difícil sem estabilidade; Valorizar o positivo; Combater as emoções; Benefícios do diagnóstico de fibromialgia.

BT: Preponderância da influência negativa do pai; Agressividade, rebeldia e instabilidade; Valorização da vida familiar; Esforço pelo auto-controlo e procura da tranquilidade; Força, intervenção e luta; Dar e receber amor como redenção; Inseguranças como marca de infância; Adversidades; Intolerância e exigência.

C: Guardar para si os acontecimentos negativos; Infância infeliz com violência; Injustiça; Projectção futura de felicidade; Força e luta; Preocupação com o sofrimento oculto; Desilusão e carácter volátil da felicidade; Natureza como refúgio de solidão; Marca dos abusos; Crença no destino negativo.

H: Infância familiar infeliz; Injustiça; Valorização na escola; Instabilidade e luta; Força e liderança; Auto-valorização e optimismo; Valorização do positivo; Desejo de liberdade e rebeldia; Aceitação conflitual da fibromialgia; Ocultação de sentimentos.

¹⁹ Para salvaguardar o anonimato, as pacientes são identificadas apenas pela primeira letra do seu primeiro nome ou primeira letra do primeiro nome e do apelido, em caso de repetição do primeiro nome.

JC: Valorizar o positivo; Ser sempre amada e reconhecida; Luta e desafios; Liderança, orgulho e sucesso; Perfeccionismo e Controle; Humanização e dádiva; Presente condicionado

JG: Perfeccionismo e auto-exigência; Luta contra o perfeccionismo; Pessimismo e insegurança; Ocultar e não querer sobrecarregar; Luta e desafios alcançados; Ultrapassar o pessimismo; Responsabilizar-se pelos outros; Dificuldade em confiar; Percepção de proteção divina; Dificuldades na infância como motor.

MC: Desejo e valorização da aprendizagem; lamentação e desilusão no cotidiano; Injustiça e lamentação; Luta e desafios; Insônia, ansiedade e fibromialgia; Perfeccionismo e obsessividade; Culpa; ocultar para não sobrecarregar; Auto-valorização.

MP: O peso das memórias; Infância infeliz; Injustiça; Marcas da infância de abusos; Proteção e responsabilidade; Amor redentor pela filha; Preferir ser magoada a magoar; Guardando as coisas para si e lutando sozinha; Luta como sobrevivência.

N: Luta; Valorizada e ajudada; Ocultar e não querer sobrecarregar; Culpa; Lamentação e injustiça; Ajudar os outros; Orgulho nas suas qualidades; Perfeccionismo e responsabilidade; Abusos e infelicidade; Marcas do passado e a fibromialgia; Marcada pelo amor na infância; Gratidão.

Após a obtenção dos temas supraordenados individuais, o passo final da análise fenomenológica interpretativa foi a identificação de temas principais em toda a amostra, que representassem e condensassem os temas individuais encontrados. Na consideração destes temas principais na totalidade da amostra, considerámos como relevantes e reveladores de homogeneidade os que estavam presentes em pelo menos sete das 10 pacientes, sendo que este critério conduziu à emergência final de nove temas: Luta; Ênfase nas adversidades; Sobrepôr o positivo ao negativo; Marcas da infância infeliz; Ajudar os outros; Perfeccionismo e desejo de progredir; Presente sem plenitude; Percepção de Injustiça; Ocultar e guardar para si.

Seguidamente, apresentamos a composição de cada tema principal, com a lista de temas individuais que o constituem. Na Tabela 40 observamos a lista de temas individuais que constituem o primeiro tema principal.

Tabela 40

Lista de Temas Individuais do Tema Principal 1 “Luta”

Tema	Participante	Tema	Participante
Fazer das fraquezas força	(A)	Luta e desafios	(JC)
Luta e superação de adversidades	(BJ)	Luta e desafios alcançados	(JG)
Força, intervenção e luta	(BT)	Luta e desafios	(MC)
Força e luta	(C)	Luta como sobrevivência	(MP)
Instabilidade e luta	(H)	Luta	(N)

Nota. Este tema encontra-se presente nas 10 pacientes

Na Tabela 41 observamos a lista de temas individuais que constituem o segundo tema principal.

Tabela 41

Lista de Temas Individuais do Tema Principal 2 “Ênfase nas Adversidades”

Tema	Participante	Tema	Participante
Sufrimento pela incompreensão da doença;		Instabilidade e luta	(H)
Insegurança e receios	(A)	Pessimismo e insegurança	(JG)
Vivência de adversidades	(BJ)	Injustiça e lamentação	(MC)
Adversidades;		O peso das memórias;	
Inseguranças como marca de infância	(BT)	Marcas da infância de abusos	(MP)
Desilusão e carácter volátil da felicidade;		Abuso e infelicidades	(N)
Marca dos abusos	(C)		

Nota. Este tema encontra-se presente em nove pacientes

Na Tabela 42 observamos a lista de temas individuais que constituem o terceiro tema principal.

Tabela 42

Lista de Temas Individuais do Tema Principal 3 “Sobrepôr o Positivo ao Negativo”

Tema	Participante	Tema	Participante
Gratidão; aceitar a realidade como ela é	(A)	Valorizar o positivo	(H)
Valorizar o positivo	(BJ)	Valorizar o positivo	(JC)
Valorização da vida familiar;		Luta contra o perfeccionismo;	
Esforço pelo auto-controlo e procura da		Percepção de protecção divina	(JG)
tranquilidade	(BT)	Amor redentor pela filha	(MP)
Projecção futura de felicidade	(C)	Gratidão	(N)

Nota. Este tema encontra-se presente em nove pacientes

Na Tabela 43 observamos a lista de temas individuais que constituem o quarto tema principal.

Tabela 43

Lista de Temas Individuais do Tema Principal 4 “Marcas da Infância Infeliz”

Tema	Participante	Tema	Participante
Infância infeliz sem estabilidade	(BJ)	Infância familiar infeliz	(H)
Preponderância da influência negativa		Dificuldades na infância como	
do pai; Inseguranças como marca de		motor	(JG)
infância	(BT)	Infância com instabilidade	(MC)
Infância infeliz com violência	(C)	Infância infeliz	(MP)
		Abusos e infelicidade	(N)

Nota. Este tema encontra-se presente em oito pacientes

Na Tabela 44 observamos a lista de temas individuais que constituem o quinto tema principal.

Tabela 44

Lista de Temas Individuais do Tema Principal 5 “Ajudar os Outros”

Tema	Participante	Tema	Participante
Preocupação com os outros e solidariedade	(A)	Infância familiar infeliz	(H)
Injustiça como motor para ajudar os outros	(BJ)	Dificuldades na infância como motor	(JG)
Força, intervenção e luta	(BT)	Infância com instabilidade	(MC)
		Infância infeliz	(MP)
		Abusos e infelicidade	(N)

Nota. Este tema encontra-se presente em sete pacientes

Na Tabela 45 observamos a lista de temas individuais que constituem o sexto tema principal.

Tabela 45

Lista de Temas Individuais do Tema Principal 6 “Perfeccionismo e Desejo de Progredir”

Tema	Participante	Tema	Participante
Valorizar a aprendizagem	(A)	Perfeccionismo e auto-exigência	(JG)
Intolerância e exigência;		Perfeccionismo e obsessividade;	
Esforço pelo auto-controlo e procura da tranquilidade	(BT)	Desejo e valorização da aprendizagem	(MC)
Auto-valorização e optimismo	(H)	Perfeccionismo e responsabilidade	(N)
Perfeccionismo e controlo	(JC)		

Nota. Este tema encontra-se presente em sete pacientes

Na Tabela 46 observamos a lista de temas individuais que constituem o sétimo tema principal.

Tabela 46

Lista de Temas Individuais do Tema Principal 7 “Presente sem Plenitude”

Tema	Participante	Tema	Participante
Aceitar a realidade como ela é	(A)	Lamentação e desilusão no	
Crença no destino negativo;		quotidiano	(MC)
Desilusão e carácter volátil da felicidade	(C)	O peso das memórias	(MP)
Aceitação conflitual da fibromialgia	(H)	Marcas do passado e a fibromialgia	(N)
Presente condicionado	(JC)		

Nota. Este tema encontra-se presente em sete pacientes

Na Tabela 47 observamos a lista de temas individuais que constituem o oitavo tema principal.

Tabela 47

Lista de Temas Individuais do Tema Principal 8 “Percepção de Injustiça”

Tema	Participante	Tema	Participante
Injustiça	(A)	Injustiça	(H)
Injustiça como motor de acção para		Injustiça e lamentação	(MC)
ajudar os outros	(BJ)	Injustiça	(MP)
Injustiça	(C)	Lamentação e injustiça	(N)

Nota. Este tema encontra-se presente em sete pacientes

Por fim, na Tabela 48 observamos a lista de temas individuais que constituem o nono tema principal.

Tabela 48

Lista de Temas Individuais do Tema Principal 9 “Ocultar e Guardar para Si”

Tema	Participante	Tema	Participante
Solidão como procura de equilíbrio;		Ocultar e não querer sobrecarregar	(JG)
Combater as emoções	(BJ)	Ocultar para não sobrecarregar	(MC)
Guardar para si os acontecimento		Guardando as coisas para si e	
negativos; Natureza como refúgio de		lutando sozinha	(MP)
solidão	(C)	Ocultar e não querer sobrecarregar	(N)
Ocultação de sentimentos	(H)		

Nota. Este tema encontra-se presente em sete pacientes

Seguidamente, são apresentadas transcrições de excertos da entrevista, de cada uma das 10 pacientes, exemplificativos de cada tema principal, seguindo o critério de persuasão por “fundamentação em exemplos” (Touroni & Coyle, 2002).

1. Luta:

“O maior desafio posso dizer mesmo que foi andar para a frente com uma gravidez que toda a gente dizia que... que não ia andar para a frente. Foi o maior desafio porque todas as minhas colegas de trabalho me diziam que nunca teriam uma criança que vinha com possibilidade de não vir nada bem.” Todos os dias eu ouvia isto, mas eu fiz uma força enorme, nem sei como, e resisti.” (A)

“As minhas reacções face a um perigo... lembro-me de Angola, por exemplo, o perigo. Por duas vezes, enfim, foi quase...eu tenho uma certa frieza. Um poder analítico rápido, não me deixo dominar pelo medo. Pode ser que depois tenha os joelhos a tremer e...que eu venha a sofrer disto mais tarde. Mas no momento... no momento eu consigo ficar fria.” (BJ)

“Sempre tive uma irreverência, desde sempre...era demais, mas fez-me ser muito combativa, ir à luta, sempre. Quer dizer, eu acho que de facto esse desafio construiu muito daquilo que é a minha pessoa. Sou super lutadora para conseguir aquilo que quero...” (BT)

“Agora não posso (continuar a estudar)... pronto, não vou continuar mas um dia mais tarde vou voltar”....e não descansei enquanto não voltei a estudar. Trabalhava, trabalhava em casa, mas não me deitava sem ter tudo bem feitinho...foram anos de luta mas nada me fazia desistir.” (C)

“Eu trabalhava até às dez, onze da noite a bater portas. Cheguei a bater portas até à meia-noite, a sério! O primeiro mês foi tão difícil para mim, tão difícil! Eu só dizia assim “Eu nunca vou conseguir fazer este trabalho!”. E se não vendesse não ganhava, porque eu não tinha ordenado base nem nada. Então, o meu chefe pegou em mim, pegou num outro chefe que tinha acabado de se formar, entre aspas, e pô-lo a trabalhar comigo uma semana. Eu não sei... eu consegui captar com é que se fazia a coisa... que eu no mês de Setembro fui a melhor da empresa!” (H)

“Disse para os meus pais “Eu vou para Beja estudar”. E os meus pais disseram “Não, não vais não, porque nós não temos meios para tu ires estudar. E eu disse “Mas eu já tratei de tudo!”. E pronto... foi a minha... como é que eu hei-de dizer? A minha primeira emancipação, o sair para o exterior... eu às cinco e meia da manhã estava levantada para fazer o trajecto todo, que era enorme, a pé, para não gastar dinheiro também... e aquele frio...e comecei a ter iniciativas que não eram adequadas ainda à minha idade, não é?” (JC)

“E foi uma etapa muito difícil da minha vida, porque trabalhava durante o dia mas depois à noite... Eu saía das aulas à meia-noite, a maioria dos dias, e dias a chover, e frio, e...acabei muitas vezes por pensar em desistir porque sentia que não se abriam portas para mim. Porque eu ao mesmo tempo continuava a procurar emprego, diferente também, porque não era aquilo que eu queria...e ao mesmo tempo que sou uma pessoa pessimista, sou também uma pessoa muito lutadora e teimosa e isso deu-me força para lutar e ir batalhando nas dificuldades que iam aparecendo em toda a vida.” (JG)

“Sim, mas eu nessas coisas costumo ser forte. Quando empreendo uma coisa, eu...

pronto, por muito que aquilo me doa eu vou em frente. E aí não vacilo. E fui eu mesmo, com muito medo, mas que pensava “Eu hei-de arranjar qualquer coisa, nem que tenha que ir lavar as escadas, eu hei-de arranjar qualquer coisa!” (MC)

“Acho que nunca houve ninguém que fizesse por mim o que se deve fazer pelas crianças. Não, porque a pessoa que sou hoje fui-me... eu eduquei-me, mal ou bem eu criei-me. E sempre a lutar, a lutar.” (MP)

“Eu prefiro partos com dor porque há uma... há uma entrega diferente. Porque eu acho que tudo na vida que custa é que nós damos valor...é um esforço total que nos cabe a nós... é sempre uma luta do nosso dia-a-dia, não é? E sempre um esforço mas afinal é mesmo assim, porque só o que é difícil realmente é que é valorizado.” (N)

2. Ênfase nas adversidades

“Depois, fase má, foi quando fiquei grávida e apanhei rubéola. Isso aí foi... foi muito duro. Tentei... tentei... nunca falava com ninguém sobre o assunto, a minha mãe deu-me bastante apoio nessa altura... mas tinha pesadelos, tinha... foi das piores fases da minha vida.” (A)

“O meu sonho de criança, digamos, era pintar. Ensinar e pintar. Mas foi-me cortado. Não tive hipóteses por causa da minha mãe.” (BJ)

“Não é estar a querer só lembrar-me de coisas más. Mas, se for a ver bem, aquilo que para mim, se calhar, tem tido mais impacto, não é, infelizmente são as coisas mais más do que boas. E pronto, e realmente lembro-me que um grande período foi todo muito mau... foi o período da queda, foi o abandono do ballet, que também para mim foi muito complicado, foi o fumar, foi o fumar ganza... foi um desconsolo. Foram essas questões todas e eu andei muito tempo completamente debilitada, tanto em termos físicos como em termos psicológicos.” (BT)

“Eu trabalhava muito mais, do que se fosse em casa da minha mãe. Trabalhava não só na limpeza mas também ajudava numas pequenas terras que eles tinham... grandes esforços que fiz, grande pesos que peguei à cabeça, que a longa distância... que

eram quilómetros para levar, muitas das vezes, as batatas, o estrume para as terras, tudo isso.” (C)

“Não me alimentava, comecei a andar sempre com muitas dores de cabeça. Apanhei uma constipação, andei o Inverno todo super constipada. Tenho sinusite agora, penso que terá sido dessa situação, não sei. Quantos dias passaram em que eu só comia pão e banana....eu atravessava a cidade de Ponta Delgada, que não é assim tão pequena, a pé, à meia-noite. Era seguida por carros, por homens a pé... Às vezes cheia de medo!” (H)

“Hoje protege-se as crianças e os velórios não são feitos em casa, nada disso. E eu, não, assisti a isto tudo. E se calhar este meu pessimismo e achar que as coisas nem sempre são... enquanto que outras pessoas prevêem um acontecimento muito feliz, muita alegria... eu estou sempre, como eu costumo dizer, de pé atrás, porque acho sempre que as coisas nunca correm assim tão bem, que alguma coisa vai correr mal, fico à espera que aconteça alguma coisa que vai acabar com a felicidade.” (JC)

“Ainda há dias tinha estado a contar quantas pessoas da minha família já morreram... porque tenho uma colega minha que tem 43 anos e agora o mês passado foi ao segundo funeral da vida dela, de família. E eu comecei a pensar e eu já fui a 17 ou 18 funerais de pessoas da minha família. Já viu a comparação, tive mais destes desgostos que a maior parte das pessoas.” (MC)

“Passava fome, porque ele dizia que não tinha dinheiro, que o dinheiro era falso. A minha avó ia à mercearia e o dinheiro afinal era verdadeiro. Por aí... várias coisas... toda a minha vida foi relacionada com porrada, pronto.” (MP)

“E veja em que situação é que eu estou. Estou com uma menina... com um bebé de um ano e pouco, não é? E grávida do segundo filho. E os medos!... e foi rápido o estoirar, o ataque contra os portugueses. Já muitos mortos, já se vê muitos mortos, já se vê muitas pessoas a ser abatidas à queima-roupa, já andam os contentores...e é só o terror de que nos calhe a nós...”(N)

3. Sobrepor o positivo ao negativo

“Não me posso queixar. Olhando para outros lados...há crianças que vivem com os pais e se calhar têm uma vida pior do que a minha. Tirando o ser duro, porque antes de ir para a escola tinha que se deixar os animais tratados, tinha que se fazer essas coisas todas, e... pronto, às vezes ao fim-de-semana tinha que se trabalhar também. Mas depois também tinha sempre o domingo à tarde... a minha avó dava-me sempre dinheiro para eu ir ao café e essas coisas assim, ela compensava-me sempre. Às vezes olho e vejo... as crianças são muito maltratadas. Eu posso ter tido uma infância dura, mas nunca fui assim maltratada.” (A)

“Como eu lhe disse, para mim Angola... os três anos passados em Angola são o ponto alto da minha vida. Embora se tenha terminado com... enfim, com problemas, como sabe em 75 houve muitos problemas. A partir de 74 a 75 tivemos lá praticamente uma guerra... uma guerra entre os movimentos de libertação. Foi difícil. Passámos fome e tudo. Mas mesmo assim foi enriquecedor... foi, eu não me esqueço.” (BJ)

“A comida no colégio era mesmo horrível...e se ficávamos mais tempo não nos davam comida... e quer dizer, isso tem influência em mim hoje porque eu como de tudo, goste, não goste...por isso, ainda bem que foi assim.” (BT)

“Já em miúda, no meio de tanta tristeza, já parecia que eu tinha qualquer coisa... tinha uma ambição de... pronto, de ser feliz um dia, já tinha a noção da felicidade. E sempre consegui ver a luzinha ao fundo do túnel.” (C)

“Ao fim e ao cabo, tive sempre pessoas que me ajudaram. No meio das maiores confusões, tenho que valorizar isto, havia alguém que me deitava a mão.” (H)

“Sempre apreciei muito...o ter sede e beber um copo de água, para mim é... conseguia ter prazer com isso, percebe? E todos os outros acontecimentos negativos que me vieram a acontecer eu consigo tirar a parte positiva deles, percebe?” (JC)

“E foi aí que eu fiz uma retrospectiva e disse “Isto tem que mudar e eu tenho que me começar a dedicar mais a mim própria e a dar mais valor a mim própria, porque se calhar é uma maneira também de... do meu casamento mudar e ter outros... um futuro melhor”. E acho que foi isso que me fez mudar e consegui dar mais valor a mim própria e mudar algumas coisas da mentalidade....e até a nível físico isso me tem ajudado.” (JG)

“Acho que desde o dia que a minha nasceu, tudo o que é... tudo o que me faz lembrar... tudo tem a ver com ela. Tudo tem a ver, porque eu acho que a partir daí eu passei a viver... para a minha filha. E ela estando bem, quase me faz esquecer tudo o que possa haver de mal.” (MP)

“Eu penso que tive um pouco mais sorte que a minha mãe, no sentido de que eu tive muitas mães. Tive muitas vizinhas como mãe, tive muitas vizinhas como tias... eu recebi sempre muito amor dos outros. E eu acho que foi... foi isso que me conseguiu... fugir às ideias de suicídio, fugir... não, às ideias, não, as ideias tive...mas não passar a prática. O amor que sempre as pessoas me dedicaram.” (N)

4. Marcas da infância infeliz

“Ter uma mãe muito dura, muito mazinha.. uma época confusa, que eu não gostaria de repetir. Porque não sabia como é que ela estava. Se estava bem, se estava mal. Não sabia... é uma época de confusão, de inconstância...de instabilidade.” (BJ)

“...porque de facto tem sido a pessoa que ao longo de toda a vida me tem causado problemas (o pai). Aliás, das únicas pessoas que me têm causado problemas e que são problemas que a mim me afectam mesmo muito. Porque antes de irmos parar a tribunal já tínhamos tido cenas de violência, cenas de discussões...é a maior influência negativa na minha vida e acho que sempre será.” (BT)

“Fui nessa altura para casa de uns tios meus que moravam em Vila Nova de Gaia e foi com esses tios que eu vivi alguns anos. Perguntava-me muitas das vezes o porquê de ir para a casa dos meus tios mas sabia que a minha mãe não nos podia sustentar a todos, com a pouca reforma que ficou do meu pai. Fui abusada por esse tio, com quem vivi, muitas vezes. Sem ter contado sequer a ninguém.” (C)

“Eu até achei estranho porque a minha mãe não me fazia nada, a minha mãe só dizia mal de mim. Eu hoje penso, e tenho uma filha, e não me admiro nada que as outras pessoas falassem mal de mim porque a minha mãe era a primeira a falar. Nunca entendi muito bem, mas eu às vezes agora penso que provavelmente eu terei sido uma gravidez não desejada, logo a seguir ao meu irmão ter nascido, e portanto em relação a mim havia uma rejeição grande.” (H)

“Era um bocado revoltada, se calhar, com o sítio onde eu nasci e... nunca me integrei muito no meio onde eu estava a viver. Não tinha nada a ver com ele, e via que teria que lutar de qualquer forma para conseguir sair dali.” (JG)

“Não foi uma vida muito fácil. Porque o meu pai bebia, era uma pessoa alcoolizada, pronto. Dava-lhe a insónia e ele não dormia a noite inteira. E ralhava, ralhava, ralhava... pronto. E aí... aí eu sofria bastante porque eu não dormia, eu estava sempre ansiosa, estava sempre com medo. Eu lembro-me de ser pequena, sei lá, sete, oito, dez anos, e estar ansiosa para ver quando é que o meu pai chegava a casa, porque ele vinha de mota e nós pelo... pelo trabalhar da mota, sabíamos mais ou menos o estado em que a coisa vinha, não é? Não foi fácil.” (MC)

“A minha mãe deixou-me com os meus avôs. Pronto, foi-se embora, deixou-me com os meus avôs. Nós éramos muita gente, morávamos numa barraca, não é? Os meus avôs não tinham possibilidades, pronto. O meu avô metia-se na bebida e gastava o dinheiro todo em bebida, pronto. Resumindo... Entretanto passei por várias... como é que eu vou dizer... cenas. Porque o meu avô batia em toda a gente.” (MP)

“E, olhe, passei de tudo! Passei desde fome, humilhações, desrespeito... porque o meu padrasto com 7 anos obrigava-me a mexer nas partes íntimas dele... Pedofilia... “
(N)

5. Ajudar os outros

“... Lembro-me de, na altura em que eu fui estudar ali para a escola, havia uma menina de cor. E ninguém queria... ninguém queria falar com ela, ninguém... e a miúda tinha imensas dificuldades. E morava num bairro ali para o Monte Abraão e o professor pediu-me se eu ia... se eu a ajudava, para ela passar. E eu fui perfeitamente à casa dela, fui a única, e tive muito gosto em poder ajudar...” (A)

“Eu era uma pessoa muito... bastante generosa, pensando nos outros... e era muito difícil não me preocupar em demasia com os problemas dos outros, mas comigo. Eu vivia muito o problema do outro. Muito, muito, muito. Muito. Só queria ajudar.” (BJ)

“Sim, de facto essa palavra do proteger está bem dita, no sentido em que eu acho que nos devemos apoiar todos uns aos outros...E eu tenho um sentido de protecção e de ajudar, um exagero.” (BT)

“...e a minha mãe que era uma pessoa espectacular, que ajudava todas as vizinhas mais velhas... ela vinha do trabalho e fazia jantar para nós e para todos, todos os que moravam ali à volta. Dava para todos, nem que fosse só a sopa para lhe levar, mas dava. E isso despertou em mim também a necessidade de dar essa continuidade, percebe? E sempre fiz por isso. E habituei-me também a ver toda a gente como pessoa, percebe?” (JC)

“Até porque tenho na minha família... eu às vezes já tenho dito, basta eu ajudar a minha família e já tenho muito por onde ajudar. Por exemplo, a minha irmã e os meus sobrinhos, que ficaram sem pai, e eu tenho que canalizar e dar apoio e solidariedade, ter em atenção o que eles necessitam, um par de sapatos ou dar-lhes o dinheiro...” (JG)

“Lembro-me que quando era miúda eu ia trabalhar, tinha os meus 16 anos. Um sábado, vésperas de Natal... via aqueles miúdos nos respiradouros, lá no Rossio, tapados com um cartão... Isso fazia-me uma confusão enorme que eu às vezes dava vontade de agarrar neles e levá-los para casa. Se pudesse era isso que eu fazia porque dá-me pena. A sério, dá-me.” (MP)

“Se nas mercearias havia boicote de tudo e racionamentos... e filas, e filas para ter água... e eu tive água na minha casa porque havia sempre o Sr. Manuel, que tinha-lhe feito não sei o quê... “ Olhe vim-lhe trazer uns garrafõezinhos de água”. E eu disse “Mas porquê, ó Sr. Manuel? Mas não lhe faz falta a si?”. “Quando eu precisei que a senhora me ajudou”... E quando eu ia a uma mercearia e diziam-me assim “Temos aqui uns chouricinhos...” E eu digo assim “Mas então e as outras...?”. “As outras pessoas quando eu precisei... Olhe, foi a senhora que me ajudou, não foram as outras “. (N)

6. Perfeccionismo e desejo de progredir

“Sentia-me feliz porque se calhar era uma possibilidade (entrar para a Universidade dos Açores)... na altura era muito difícil entrar aqui na universidade, e lá era um pouco... era mais fácil entrar. E isso era uma das coisas que eu mais queria, sempre quis, ir para a universidade...não por ir, mas para estudar mesmo.” (A)

“Como filosofia de vida... ser capaz de amar sempre mais, evoluir sempre em termos profissionais, financeiros. Ser sempre melhor em todos os sentidos e evoluir sempre. Mas há uma coisa que tem que se manter sempre, que é a paz. A tranquilidade, a paz no sentido de tranquilidade. Não tem preço.” (BT)

“Era muito boa aluna. Nem era preciso estudar muito, estudava a minha irmã...ela estudava alto e eu ouvia. E depois era assim, eu tirava muito boas notas e ela tirava notas assim-assim, ela ficava furiosa comigo!” (H)

“E depois sentia-me responsável, percebe? Porque qualquer coisa que houvesse, que corresse menos bem, eu também me sentia responsável por isso. Portanto, eu tinha que estar em todas, como se costuma dizer. sempre me habituei a dar o meu melhor e a ser perfeccionista também.” (JC)

“Hoje sou menos, mas na altura era uma pessoa muito... talvez demasiado exigente comigo própria. E queria ter tudo pronto a horas e queria ter as coisas sempre... pronto, muito perfeitas, todas sempre em ordem... e queria ser perfeita no emprego e ser perfeita em casa... e com uma filha as coisas alteram-se e a pessoa deixa de ter tempo e não consegue ter as coisas como gostaria de ter. Acho que foi aí que eu me comecei também a passar por uma fase de enervar-me com muita facilidade...” (JG)

“Porque eu sempre ao longo da vida tento sempre aprender em cada lado onde estou. Mesmo até a nível de diálogo e de...saber estar nos vários locais onde estamos. E então eu acho que tirei de várias pessoas onde trabalhei...um perfeccionismo que... que eu prezo e gosto. Pronto, gosto. Até posso às vezes ter as coisas um bocado desarrumadas, e não sei quê, mas sei que quando faço... tenho que fazer como deve ser. Depois na maneira de estar, de se apresentar, a aparência... acho muito importante estarmos sempre bem.” (MC)

“Elas já estavam à minha espera para eu ensinar...elas chamavam-me “Dá aqui... tu respondes sempre tão bem à professora, fazes aqueles exercícios todos tão bem”... e eu começo a ensinar-lhes e isso teve um impacto muito grande, penso eu, na minha vida, porque tornei-me uma aluna a partir ali sempre de quadro de honra... descobri que os professores eram muito mais nossos amigos quando nós éramos bons alunos. E a partir daí quis ser sempre perfeita.” (N)

7. Presente sem plenitude

“E pronto, não posso dizer que não tenho dores, porque tenho dores todos os dias. Elas estão cá sempre, mas pelo menos ando mais... sei o que é que tenho, sei que não se pode fazer melhor. E vou tentando fazer o que posso.” (A)

“Quando parecia que a situação ia melhorar, lá voltou tudo atrás...por duas vezes...voltei à mesma situação a nível financeiro. Passado pouco tempo de eu estar nesse serviço terminavam as coisas boas. Portanto, não posso esperar por sapatos de fundo... Portanto, que não, não tenho sucesso.” (C)

“Foi tentar aceitar, que acho que nunca aceitei, não vou aceitar... e a partir daí tem sido o tentar dar conforto à minha família e procurar também ter alguma qualidade de vida. E então eu tenho alguns dias por mês... às vezes nem é por mês... em que eu estou bastante muito bem. E nesse dia consigo realizar... fazer tantas coisas, e sinto-me tão capaz... depois de repente no dia a seguir, afinal foi só o dia anterior, e já não tenho força nem para pentear o cabelo, às vezes. Só nesses dias é que eu consigo perceber o quanto estou limitada nos outros, e isso faz-me sentir mal.” (H)

“À casa do meu pai, à casa da minha mãe, preciso de lá ir e é muito difícil. Portanto... vivo angustiada por não fazer aquilo que eu acho que está correcto e que seria bom para eu não ficar outra vez com a mesma angústia.” (JC)

“E tenho pena... tenho pena de... por exemplo, o meu sogro era pedreiro. E um determinada altura que ele se saturou de andar a trabalhar para os patrões, e não sei quê... Eu tinha os meus 26, 27 anos. E eu propus-lhe trabalharmos juntos. Eu ficava com ele e eu tratava de tudo, porque eu... eu nessas coisas acho que até me desenrasco bem. Mas ele não quis. E eu muitas vezes digo ao meu marido “Se eu tivesse tido uma pessoa ao meu lado que também fosse de ir para a frente...” (MC)

“A minha mãe para mim não é mãe. Chamo-lhe mãe mas para mim não é mãe. Não é. Ainda hoje choro... choro a morte da minha avó, choro, é verdade. Porque para mim ela foi uma mãe. E penso nisso todos os dias.” (MP)

“Eu fico muito revoltada porque acho que estas pancadas, estes hematomas maltratados, estes hematomas mal curados, o frio a que eu fui exposta, a fome a que eu fui exposta, que eu hoje tenho a doença que tenho. E então, eu costumo dizer

“Antigamente, agrediam-me, batiam-me, agrediam-me e magoavam-me fisicamente. Hoje não tenho ninguém que me faça isso mas é um fantasma que me continua a bater porque as dores são idênticas.” (N)

8. Injustiça

“... mas em termos de perdas, depois foi muito mais duro perder os meus avôs cedo. Foi mais duro perder a minha tia, que era como se fosse minha mãe... Acabei por perder muito mais do que as outras pessoas perdem. Pronto, perdi muita gente. E aí sim, aí foi...foi pensar que era...se calhar, injusto, ter essas perdas todas.” (A)

“Castigou-me por eu ser a neta da minha avó. Mais nada. Senti injustiça e uma certa raiva, digamos. Provocada pela injustiça. Eu era uma jovem castigada por nada. Por uma mentira, ainda por cima.” (BJ)

“Portanto, a minha revolta agora é...porque é que eu fui morar com eles, se a distância da casa da minha mãe não era assim tão grande? Porque é que a minha mãe me quis pôr lá? Foi tão injusto, e isso veio a marcar todo o meu futuro.” (C)

“E eu lembro-me que os livros eram iguais, tanto os meus como os dele, apesar de eu estar na terceira classe e ele na quarta. Eu tinha aquele orgulho de fazer as coisas melhor do que ele, a nível da escola. Mas por exemplo, ele é que tinha prioridade em estudar, porque era rapaz, e porque era mais velho... e só depois de ele estudar é que eu ia estudar, quando ele deixasse. E eu já tinha a noção de que isso era não injusto, não tinha nome.” (H)

“Tinha pena de mim própria porque parece que eu previa o que depois veio acontecer (ter reprovado dois anos seguidos”. Apesar de eu me esforçar muito e estudar muito, muito, senti que não valia a pena... senti que foi injustiça.” (MC)

“O que me marcava era mesmo levar... levar porrada sem ter que fazer nada. Inclusive uma vez o meu irmão perdeu uma bola saltitona pequenina e quem levou porrada fui eu. Eu sentia a injustiça todos os dias.” (MP)

“Os meus filhos... estes meus filhos são um bocado cruéis. E um dia o meu filho disse-me: “Parece mais que não deves ser tão boa... tens um padrasto que te maltrata e

tens um marido que te maltrata é porque não deves ser muito boa”. Isso doeu muito! É mais uma grande injustiça na minha vida.” (N)

9. Ocultar e guardar para si

“Porque necessito de um pouco de solidão... bom, primeiro para pintar, que isso é um acto de solidão, no fundo. Embora esteja às vezes a trabalhar num atelier com outros pintores, mas quando se tem o seu sítio para pintar sozinho é sozinho que estamos, não é? Mas eu necessito um pouquinho. Um bocado para recarregar baterias, não sei... eu sempre fui assim.” (BJ)

“... e nesta fase, actualmente, acho que estou muito mais sensível que... sei lá, que há um ano atrás, ou dois. Parece que com a idade a pessoa fica... fica mais sensível e... e faz-nos mal. Cada vez guardo mais as coisas para mim.” (C)

“Eu passava tantas dificuldades, passava mesmo fome, mas não dizia nada... não queria que tivessem pena de mim.” (H)

“Embora eu soubesse que podia contar com ela, se houvesse uma situação complicada, eu sabia que estava sozinha, sentia que estava sempre sozinha. Talvez também isso tenha um impacto no facto de eu tentar ultrapassar todos os problemas sozinha. Embora esteja casada e tenha o meu marido, mas se eu puder resolver as coisas sozinha eu continuo a resolvê-las sozinha. Ainda hoje.” (JG)

“Eu lembro-me que me doía imenso os joelhos quando era pequena e eu nunca... eu não me recordo de me ter queixado nunca à minha mãe. Eu perdi a carteira e não me queixei à minha mãe. E vivi com tanta pena de ter perdido e ao mesmo tempo com medo de que me perguntassem onde é que estava a carteira.” (MC)

“... ultrapassei sozinha, na boa. Porque depois de tantos que eu já tinha passado... este era só mais um. E toda a minha vida, o que eu passei, nunca falava com ninguém... era só para mim. Portanto, era mais um que tinha que ser.” (MP)

“E eles nunca me viam chorar, eu tive sempre esta... este escudo... mesmo em miúda, quando eu levava. Doutora, eu saía de casa, muitas vezes acabada de levar um

enxerto de mangueira... saía a chorar, como se costuma dizer, lágrimas de sangue... chegava ao autocarro eu era a “miss sorriso”!” (N)

Agência e comunhão

Relativamente às dimensões agência e comunhão, codificadas na história de vida, apresentamos os valores referentes à codificação de oito episódios específicos, pertencentes à secção II (Eventos críticos) da entrevista de história de vida: experiência de topo, ponto de viragem, primeira memória, cena infantil importante, cena adolescente importante, cena adulta importante e outra cena importante ²⁰. Na Tabela 49 observamos a média e desvio padrão de agência, comunhão e respectivos sub-temas.

Tabela 49

Média e Desvio-Padrão dos Temas de Agência e Comunhão

	<i>M</i>	<i>DP</i>
Agência		
Auto-Mestria	1.90	0.87
Estatuto/Vitória	0.70	0.82
Conquista/Responsabilidade	0.90	0.99
Empoderamento	1.20	0.78
Total	4.70	2.21
Comunhão		
Amor/Amizade	0.80	0.91
Diálogo	0.20	0.42
Cuidar/Ajudar	1.40	1.34
Unidade/União	0.30	0.48
Total	2.70	2.05

Nota. N = 10

²⁰ Tal como Mansfield e McAdams (1996), excluímos a codificação do episódio “experiência de baixo”, para podermos efectuar uma comparação com este estudo, o único comparável para fins de discussão.

Referências à fibromialgia na história de vida

No que respeita às referências efectuadas à fibromialgia, ao longo das várias secções da entrevista de história de vida, é de referir que, das 10 participantes, duas não fizeram qualquer menção à síndrome. Das oito participantes que se refeririam à fibromialgia ao longo da entrevista, a Tabela 50 identifica o número de referências efectuadas em cada secção.

Tabela 50

Número de Participantes que Refere a Fibromialgia na Entrevista de História de Vida

Secções	Número de participantes
Capítulos de vida	3
Experiência de baixo	1
Ponto de viragem	1
Outra cena importante	1
Influência negativa	1
Futuro positivo	4
Futuro negativo	2
Outro	2

Nota. N = 10

Das três participantes que estabelecem capítulos centrados na fibromialgia, duas definem e nomeiam dois capítulos: um capítulo com início no momento de surgimento dos sintomas, com pioras progressivas, sem saberem o que tinham e vivenciando a dúvida e incompreensão por parte de outras pessoas e dos próprios médicos e um capítulo seguinte, de obtenção do diagnóstico e tratamento. Uma delas, refere apenas o primeiro capítulo.

No âmbito do “futuro positivo”, três delas mencionam o desejo e esperança de tratamentos melhores ou cura para a síndrome; uma delas, menciona o receio que acompanha o desejo de ter um filho, devido à fibromialgia.

Em relação ao “futuro negativo”, uma participante aborda o receio de que os sintomas da fibromialgia se agravem sem que sejam encontradas terapêuticas eficazes e outra refere o receio de que a filha venha a ter fibromialgia ou uma patologia semelhante.

No que respeita às secções nas quais apenas uma participante fez referência à fibromialgia, encontramos os seguintes aspectos: relativamente à “experiência de baixo”, uma situação negativa, que fez agravar os sintomas da síndrome; o surgimento da fibromialgia como sendo o “ponto de viragem”, numa perspectiva positiva, por tê-la obrigado a dar mais atenção a si mesma; como “outra cena significativa”, a situação de receber o diagnóstico da doença, a informação sobre a ausência de cura e as emoções negativas que sentiu nesse momento. Por fim, uma participante refere como maior “influência negativa” na sua vida uma professora que desvalorizou seu trabalho e a humilhou publicamente, devido às dificuldades causadas pela fibromialgia.

No âmbito da última secção da entrevista, em que é permitido um comentário final (“outro”), uma das participantes enfatiza a insatisfação e mágoa pela incompreensão que as pessoas ainda têm face à fibromialgia e outra lamenta-se por não poder trabalhar, viajar e realizar outras actividades, devido à síndrome.

No que respeita a outras referências à fibromialgia ao longo da entrevista de história de vida, duas participantes indicam o surgimento dos sintomas da doença depois do nascimento dos filhos, justificando-o com a exaustão que caracterizou esta fase e, outra participante refere melhoras na sintomatologia física e psicológica devido a uma mudança de atitude e diminuição do perfeccionismo. Apenas uma participante se caracterizou por múltiplas referências, muito preponderantes ao longo de toda a história, a acontecimentos negativos na infância como causas da fibromialgia e ligação com queixas de dor e sofrimento no presente.

Discussão

Iniciamos a discussão do estudo qualitativo com a abordagem aos temas principais, resultantes na análise fenomenológica interpretativa, discutindo-os à luz de outros estudos qualitativos, de entrevista de história de vida.

O tema principal “marcas de infância infeliz” engloba a afirmação vincada de ter tido uma infância infeliz, infância marcada por instabilidade familiar, devido a problema psiquiátrico ou de abuso de substância de um dos progenitores, relação muito negativa com um dos progenitores, testemunha de abuso físico no núcleo familiar e sofrer abuso, perdas significativas no núcleo familiar. Este tema é, de todos os que emergiram nesta análise, o mais comum aos diferentes estudos qualitativos com amostra de fibromialgia, enquanto tema/categoria própria exclusivamente referente à infância ou inserida em categoria mais vasta, congregando infância e outras fases da vida. Assim, o conteúdo deste tema, correspondendo a um dos factores predisponentes da fibromialgia mais prevalentes (Eich et al, 2000), encontra-se abrangido nos códigos substantivos “perda precoce” e “responsabilidade precoce na vida”, da categoria “história de vida traumática” (Hallberg & Carlsson, 1998), nos aspectos “dor do abuso” e “contornos e configurações familiares” do capítulo “memórias infantis” (Hughes, 1999), na categoria “abandono emocional” do tema “stressores desenvolvimentais” (Tevens, 2003), nos aspectos “pressão/abuso” e “trauma sofrido em solidão” da dimensão “sobrecarregada enquanto criança” (Wentz et al., 2004), nos aspectos “abuso sexual”, “negligência emocional” e “problemas psicossociais na família de origem” da categoria “factores predisponentes” (Oliveira, 2008) e na categoria “adversidade/vulnerabilização distais” (Quartilho, 1999).

O conteúdo do tema principal “ênfase nas adversidades” que, no presente estudo, inclui a referência acentuada a obstáculos sucessivos, vivências que implicam medo e desespero (e.g., fome, guerra), decepções inesperadas, marcas do passado negativo que resurgem, insegurança e pessimismo, também se encontra bastante presente na literatura, nomeadamente nas categorias “abuso físico e emocional” e “perda de amigos e membros da família” do tema “acontecimentos de vida críticos” (Tevens, 2003), no aspecto “um mundo ameaçador de experiências” da dimensão “self adulto desprotegido” (Wentz et al., 2004), nos aspectos “insatisfação profissional”, “acontecimentos de vida negativos”, “perdas significativas”, “violência física e/ou verbal” e “conflitos familiares” da categoria factores predisponentes (Oliveira, 2008), na categoria adversidade/vulnerabilização distais (Quartilho, 1999).

O tema principal “ajudar os outros” refere-se à preocupação com os outros e com o seu bem-estar e ao mal-estar sentido quando verificam que os outros estão em

situação negativa, vontade os proteger e de fazer algo por eles. Esta preocupação parece presente desde a infância e pode ser relativa, quer à solidariedade com desconhecidos em situação desfavorecida, como ao assumir de responsabilidades com familiares e conhecidos em grandes dificuldades. Estes conteúdos têm paralelo com os aspectos “dando e fazendo tudo pelos outros”, do capítulo de vida “passagens adultas” (Hughes, 1999), na categoria “prestação de cuidados” do tema “acontecimentos de vida críticos” (Tevens, 2003) e no aspecto “reparação hipomaníaca” da categoria “estratégias de compensação” (Wentz et al., 2004).

No tema principal “perfeccionismo e desejo de progredir” estão representados aspectos de dois âmbitos, que no presente estudo emergiram como associados e convergentes: um deles, mais centrado na intolerância perante os erros dos outros, exigência relativamente aos outros e a si própria, perfeccionismo e grande responsabilidade perante as falhas; o outro, mais referente ao valorizar a aprendizagem constante, desejar ascender na vida pela via da aprendizagem formal, superar níveis profissionais e ênfase no trabalho e esforço. Estes conteúdos têm paralelo nos códigos “ambição e hiperactividade” da categoria “perseverança sobre-compensatória” (Hallberg & Carlsson, 1998), nos aspectos “reparação hipomaníaca” e “força/estar em controlo” da categoria estratégias de compensação (Wentz et al., 2004) e nos “aspectos de personalidade” (onde é especificamente referido o perfeccionismo, entre outros) e “atitude hiperactiva face ao trabalho”, da categoria factores predisponentes (Oliveira, 2008).

O tema principal “luta” envolve a tripla dimensão de lutar para superar desafios sucessivos, luta como manifestação de força e de intervenção pessoal e social e, luta como necessidade de sobrevivência e de superar fraquezas sentidas. Este conteúdo encontra paralelo em vários aspectos da categoria estratégias de compensação (“auto-representação baseada no movimento e força física”, “actividade” e “força/estar em controlo”) do estudo de Wentz et al. (2004) e na “assumpção precoce de responsabilidades”, da categoria factores predisponentes (Oliveira, 2008). Há que referir ainda que esta categoria, embora não esteja de forma autónoma e explícita representada noutros estudos, tende a encontrar-se interligada de alguma forma com os temas relativos ao perfeccionismo e acção para alcançar objectivos e superar obstáculos.

O tema principal “ocultar e guardar para si” envolve o combater as emoções, obter conforto e refúgio na solidão e guardar para si mesma os sentimentos negativos e as necessidades de ajuda, para não sobrecarregar os outros. Podemos encontrar em vários estudos a temática de ocultação e isolamento, relativa a sintomas e sofrimento causado pela fibromialgia, mas esta é demasiado específica e restrita face ao tema por nós encontrado, que engloba uma variedade de sentimentos e situações e respeita a toda a vida, anterior e para lá da vivência da fibromialgia. Neste sentido, podemos relacionar com um único estudo (Wentz et al., 2004), em que este conteúdo é abordado no tópico “privada de contacto/sem apoio”, da dimensão sobrecarregada enquanto criança, no qual se insere, entre outros aspectos, o não querer contar os seus problemas aos pais, na infância, por achar que eles já tinham problemas e preocupações suficientes, conduzindo a uma solidão psicológica; também, em relação à idade adulta, está presente nos tópicos “dificuldades em lidar com os afectos e estimulação” e “dificuldades aloplásticas/desamparo”, da dimensão self adulto desprotegido, centrando-se na recusa em pedir ajuda necessária numa situação difícil.

O tema principal “percepção de injustiça” centra-se em múltiplas referências à sensação de ter sido injustiçada em diferentes momentos, sobretudo na infância, desde tratamento preferencial dados aos irmãos, situação social de origem limitadora de horizontes e situações de discriminação social activa. De forma autónoma e explícita, apenas encontrámos paralelo no aspecto “narrativa de vida sofrida”, onde se insere uma percepção de victimização, pertencente à categoria factores predisponentes (Oliveira, 2008). A percepção de injustiça encontra-se presente em vários outros estudos, mas, referindo-se apenas e especificamente à percepção de injustiça pelo surgimento da síndrome, o que difere do presente estudo.

O tema principal “sobrepôr o positivo ao negativo” inclui múltiplos aspectos, tendo como base a ênfase no carácter benéfico de experiências/situações que são encaradas como tendo um poder, de certa forma, compensatório, face a uma maioria de adversidades vivenciadas. Estes aspectos incluem o amor por um filho, que dá sentido à existência e tem poder de colmatar o que há de negativo; um esforço de aceitação plena da realidade, apesar das suas componentes negativas; a percepção de ter sido amada e valorizada e gratidão por este facto; a procura de auto-aperfeiçoamento e de mudança de características pessoais consideradas negativas (e.g, pessimismo, perfeccionismo,

instabilidade, hostilidade); a crença no apoio por parte de uma força superior; a crença de que a felicidade que falta está ainda reservada para o futuro. Este tema parece ser revelador de uma ambivalência, por coexistir com temas como a ênfase nas adversidade e o presente sem plenitude. Ou seja, apesar de um enfoque bastante marcado em aspectos difíceis e negativos da história de vida, existe em simultâneo uma necessidade de realçar e valorizar os aspectos positivos da sua existência.

Tal como no caso dos dois temas anteriores, encontrámos alguma semelhança relativa a este aspecto num único estudo, ressaltando que no mesmo estes aspectos encontram-se num capítulo que se refere apenas à vida actual das mulheres com fibromialgia (Hughes, 1999). Nesse capítulo, intitulado *healing journeys*, emergem temáticas como o facto de as pacientes terem decidido declarar o seu bem-estar físico e emocional como a sua principal prioridade, o terem perdoado entes queridos que as magoram no passado e, em maior proximidade com o presente estudo, a tentativa de valorizar as lições e o desenvolvimento pessoal que fibromialgia lhes trouxe (ao invés de se centrarem apenas na experiência de dor) e a sensação de conexão com um poder superior.

Por fim, relativamente ao tema principal “presente sem plenitude”, é de referir que embora este aspecto seja encontrado na totalidade dos estudos acima mencionados e na quase totalidade dos estudos qualitativos com pacientes com fibromialgia, refere-se exclusivamente à síndrome e ao impacto negativo que ela tem na vivência quotidiana, ao nível da disfuncionalidade e dificuldades de reconhecimento e aceitação por parte dos outros; no presente estudo, apenas em três pacientes este tema se centra especificamente nas limitações trazidas pela doença, pois nos restantes casos prende-se com outros aspectos, como a recordação vívida dos abusos sofridos no passado, dificuldades/conflitos familiares e insatisfação intelectual com o quotidiano, frustração profissional e crença num destino negativo ao qual não se pode fugir.

Iniciando a abordagem à agência e comunhão, o único estudo à luz do qual podemos interpretar os nossos resultados é o estudo de Mansfield e McAdams (1996), no qual os participantes foram divididos em dois grupos, os mais generativos e os

menos generativos, confirmando-se que os primeiros tiveram, tal como esperado pelos autores, níveis mais elevados do total de agência e de comunhão.

Comparando os resultados médios de agência do presente estudo com os do estudo de Mansfield e McAdams, as nossas participantes tiveram uma pontuação quase duas vezes superior à do grupo mais generativo. Analisando tema a tema da agência, distingue-se a pontuação na auto-mestria e no empoderamento, que corresponderam a mais do dobro das apresentadas por esse grupo. No que respeita à comunhão, as nossas participantes tiveram um valor total muito inferior ao dos mais generativos e, numa análise intra-grupo, bastante inferior à sua pontuação de agência. Respeitante aos seus temas específicos, estiveram abaixo dos mais generativos em todos eles, sobretudo no diálogo e na unidade/união, em que os valores foram muito reduzidos, muito abaixo dos apresentados pelos mais generativos e também abaixo dos menos generativos; apenas se destaca o cuidar/ajudar como o valor mais elevado no nosso grupo e com menor discrepância face ao grupo mais generativo.

Segundo Bakan (1966, in McAdams, 2001), embora a agência e a comunhão estejam presentes nos homens e nas mulheres, a agência é mais característica do sexo masculino e a comunhão, do sexo feminino; tipicamente, os homens têm pontuação mais elevada na agência e as mulheres, na comunhão (Helgeson, 1999). Neste sentido, tendo em conta que a amostra feminina do presente estudo teve valores tão mais elevados de agência que a amostra de Mansfield e McAdams (1996), constituída por ambos os sexos, realça-se que estas pacientes com fibromialgia podem ser consideradas muito agênticas. Estas pacientes apresentam-se como muito menos propensas a esforços para se fundir com os outros, em ligações de intimidade, afiliação e partilha, na medida em que a pontuação de comunhão é muito inferior. Consideramos de destacar que o tema de comunhão em que obtêm valores mais elevados é o cuidar/ajudar, na qual o indivíduo reporta que fornece cuidado, assistência, ajuda ou apoio a outro, contribuindo para o bem-estar físico, material, social ou emocional dessa pessoa. Como tal, é, dos quatro temas de comunhão, o que mais se aproxima de uma atitude agêntica, pois traduz uma atitude de “ação”, de *fazer* algo pelos outros, mais uma vez, assumindo essa responsabilidade.

Analisando a relação entre os resultados de agência e comunhão e os temas principais que emergiram da análise fenomenológica interpretativa, ao nível do

conteúdo dos temas que mais se destacaram em ambos os níveis de análise, consideramos que a auto-mestria pode ser relacionada com a “luta” e com o “perfeccionismo e desejo de progredir”. O empoderamento, em que o indivíduo se sente melhorado, empoderado ou valorizado através da sua associação com alguém ou algo superior e mais poderoso que o próprio, pode ser de alguma forma relacionado com o tema principal “sobrepôr o positivo ao negativo”; estas pacientes referem muitas vezes a percepção de que foram “abençoadas” por receber, em determinados momentos, uma força superior que as tornou mais capazes, eficazes, responsáveis e/ou preenchidas, levando a que as dificuldades parecessem ser, de alguma forma, minoradas. O tema cuidar/ajudar, o único que se destacou, como mais elevado, da dimensão comunhão, relaciona-se de forma muito directa com o tema principal “ajudar os outros”, em que está muito presente a tendência para se preocupar e a necessidade de agir em prol dos outros, sejam familiares, amigos e até desconhecidos. Consideramos que, neste enquadramento, podemos relacionar esta propensão muito presente para ajudar e fazer algo pelos outros com o que Van Houdenhove et al. (2001) consideram a uma tendência exagerada para o auto-sacrifício, que seria um dos reflexos de falta de limites em vários domínios de funcionamento, manifestada pelas pacientes com fibromialgia.

Em suma, como resultado da análise global da entrevista de história de vida, surge como evidente que as histórias de vida das 10 pacientes que constituem a nossa amostra são muito caracterizadas pela agência, que claramente se distingue, face a valores muito mais baixos de comunhão. Sendo que, segundo McAdams (2001) estas duas dimensões traduzem-se nas duas grandes linhas temáticas centrais nas histórias de vida, referindo-se ao que as personagens desejam e tentam obter, a vida destas pacientes tem-se caracterizado por esforços para se afirmar, dominando o ambiente em que residem, com elevada motivação para a realização e o poder e, bastante menos pela procura de intimidade, partilha e fusão com os outros indivíduos.

Sendo que a combinação de níveis elevados de ambas, agência e comunhão, é indicativa do maior bem-estar psicológico (Helgeson, 1994; Kuiper & Borowicz-Sibenik, 2005), tal não se verifica neste estudo, devido à discrepância entre níveis mais elevados de agência e mais baixos de comunhão. Este resultado pode ser relacionado com o facto de esta amostra ter apresentar níveis médios clinicamente elevados nas

escalas clínicas de personalidade hipocondria, depressão, histeria e esquizofrenia, ainda superiores (embora não significativamente) aos da amostra do primeiro estudo.

Esta elevada tendência para a acção e auto-afirmação pode ser relacionada com os resultados do estudo de Van Houdenhove et al. (2001), que identificou uma elevada “propensão para a acção” em pacientes com fibromialgia, caracterizadas por elevada energia, força de vontade e um estilo de vida superactivo, antes do surgimento da fibromialgia, confirmado pelas próprias e pelos outros significativos. Os autores consideram que este estilo de vida superactivo pode colocar em risco a saúde física, de forma aguda ou crónica, através, por exemplo, de uma sobrecarga músculo-esquelética e de privação do sono. Segundo os mesmos, pode corresponder a uma tendência para exceder os limites físicos, no trabalho ou no desporto, como forma de coping, para aumentar a auto-estima e prevenir o desequilíbrio afectivo, particularmente por pessoas que têm experiência de vitimização infantil. No presente estudo, poderíamos fazer uma analogia com as marcas de infância infeliz, um tema principal presente em oito das 10 pacientes, que em várias delas corresponde a alguma forma de abuso.

O elevado perfeccionismo parece confirmar a existência de elevados padrões de actuação nestas mulheres, que se revela na avaliação que fazem de si mesmas e dos outros significativos, relacionando-se com os resultados de Compan et al. (2011) em que as mulheres com fibromialgia tiveram uma discrepância entre o eu real e o eu ideal superior e uma percepção de menor eficácia dos que a rodeiam, face a um grupo de controlo. Esta tendência, além de ser afirmada, muitas vezes, pelas próprias pacientes, é frequentemente enfatizada pelos médicos que trabalham com esta população (Hallberg & Carlsson, 1998; Malin & Littlejohn, 2012). No mesmo sentido, pode relacionar-se com resultados obtidos através da avaliação de traços da personalidade, em que foram encontrados níveis significativamente superiores de necessidade de ordem (Johannsson, 1993) e persistência (incluindo perseveração perfeccionista, esforço e procura de excelência; Lundberg et al., 2009), em comparação com grupo de controlo saudável.

Tendo em conta que a questão de investigação no presente estudo pretendia averiguar em que medida a referência à vivência da fibromialgia seria preponderante na entrevista de história de vida, devemos realçar que o resultado foi contrário à nossa

expectativa, na medida em que, na generalidade, existiu menor referência e preponderância da fibromialgia do que se poderia pensar. Na medida em que o surgimento de uma doença crónica corresponde a uma disrupção major da estrutura da vida quotidiana, constituindo-se como uma “disrupção biográfica” (Bury, 1982), sobretudo no caso de uma síndrome sistémica e pervasiva como a fibromialgia, poderia ser de esperar que houvesse maior referência à fibromialgia, nomeadamente enquanto ponto de viragem, desafio ou marcando um capítulo próprio. Estando identificada na literatura uma relação entre a cronicidade da dor e a diminuição da partilha e verbalização sobre os sintomas da doença e o seu estado de saúde, pela qual os doentes com dor crónica, à medida que o tempo passa, tendem a limitar as suas verbalizações sobre este tópico no seu meio social (Herbette & Rimé, 2004), consideramos que tal não se aplica à presente situação, tratando-se da comunicação com uma psicóloga/investigadora, sem o risco de incredulidade e desvalorização da fibromialgia. Como tal, interpretamos este dado num outro sentido. Tendo em conta que a história é sempre contada a uma audiência de, pelo menos, uma pessoa (neste caso, a investigadora) e que a construção da narrativa deve ser sempre entendida numa perspectiva dialógica, como uma tarefa conjunta com a audiência (Stephens, 2011), o facto de ter existido uma sessão anterior de recolha de dados para o estudo quantitativo (efectuado, no máximo, 12 meses antes) pode ajudar a explicar este facto. Nessa sessão, todas estas pacientes abordaram a sua vivência de fibromialgia na resposta a questionários de avaliação, nomeadamente, todas elas estabelecendo uma atribuição causal a factor desencadeante, o que pode ter feito com que nesta sessão de entrevista de história de vida não sentissem tanta necessidade de se centrar na síndrome, desejando focar-se em outros aspectos da sua individualidade. O facto de três pacientes terem questionado no início se “esta entrevista era para falarem da doença”, ao que foi respondido que teriam a oportunidade de escolher livremente o que abordar nas diversas questões, parece suportar esta interpretação.

Capítulo 4. Discussão geral e conclusões

Principais resultados e resposta às hipóteses

A fibromialgia é uma síndrome funcional crónica, cujas causas permanecem desconhecidas e cujo papel específico da dimensão psicológica, sendo reconhecida a sua importância, permanece no entanto por esclarecer. No âmbito de um enquadramento biopsicossocial, a fibromialgia é conceptualizada na sua relação com o stress, sendo definidos factores predisponentes, desencadeantes e de manutenção da síndrome, nos quais aspectos como a personalidade e as experiências adversas podem integrar-se (Eich et al., 2000; Van Houdenhove & Egle, 2004). No âmbito deste enquadramento, os nossos objectivos principais eram conhecer e descrever o grupo com fibromialgia, no que respeita ao padrão de relação entre as variáveis de saúde, acontecimentos de vida e personalidade e comparar o grupo com fibromialgia com o grupo com artrite reumatóide e o grupo saudável, ao nível das diferentes variáveis. Foram definidas duas hipóteses principais, sendo a primeira a de que, no grupo com fibromialgia, a existência de mais acontecimentos potencialmente traumáticos estaria associada a maior disfuncionalidade, dor, menor saúde física e mental auto-percepcionada e, a segunda, a de que o grupo com fibromialgia apresentaria níveis mais baixos nas variáveis de saúde, maior prevalência de acontecimentos de vida potencialmente traumáticos e piores resultados nas escalas clínicas da personalidade que os outros dois grupos. Um terceiro objectivo, mais secundário, foi o de avaliar a existência de atribuição causal a acontecimento desencadeante no grupo com fibromialgia e a sua associação às variáveis de saúde, acontecimentos de vida e personalidade, com a hipótese de que o grupo com fibromialgia efectuaria mais atribuição causal a qualquer tipo de acontecimento, comparativamente ao grupo com artrite reumatóide. Para responder aos objectivos, realizou-se o primeiro estudo, quantitativo, em que os três grupos foram avaliados nas variáveis de saúde, personalidade e acontecimentos de vida potencialmente traumáticos na infância, sem ser na infância e acontecimentos negativos no último ano; foi ainda questionado aos grupos de fibromialgia e artrite reumatóide sobre a atribuição causal a acontecimento de tipo físico, psicológico ou ausência de atribuição; seguindo uma perspectiva mais qualitativa e abrangente da personalidade, da existência de três níveis em que o terceiro, mais específico e contextualizado, corresponde à narrativa da história de vida internalizada (McAdams, 1996), realizou-se um segundo estudo, de entrevista de história de vida a um grupo de 10 pacientes com fibromialgia, seleccionadas do

primeiro estudo. Este estudo, de carácter exploratório, teve os objectivos específicos de identificar temas comuns na sua história de vida, segundo uma análise fenomenológica interpretativa, e, analisá-la em termos das dimensões de agência e comunhão, definidas por McAdams (1995). Ainda, pretendemos investigar em que medida a referência à vivência da fibromialgia seria preponderante na entrevista de história de vida.

Em relação às hipóteses estabelecidas, a primeira não se confirmou, na medida em que as variáveis de saúde e os acontecimentos de vida não se relacionaram significativamente, no grupo com fibromialgia. A segunda hipótese foi confirmada, na medida em que, tal como esperado, o grupo com fibromialgia esteve significativamente pior que o grupo com dor crónica medicamente explicada e o grupo saudável em todas as medidas de saúde e na quase totalidade das escalas de personalidade. No que se refere aos acontecimentos de vida, apresentou acontecimentos potencialmente traumáticos na infância e acontecimentos negativos no último ano superiores aos outros dois grupos (embora diferindo significativamente, apenas do grupo saudável) e acontecimentos potencialmente traumáticos sem ser na infância significativamente superiores. A terceira hipótese, de que as pacientes com fibromialgia fariam mais atribuição causal a acontecimento desencadeante que as pacientes com artrite, foi suportada, sendo que o tipo de atribuição predominante foi a acontecimento de tipo físico. No que respeita aos resultados qualitativos, obtivemos nove temas principais que considerámos representativos das histórias de vida e identificámos níveis elevados de agência nesta amostra, comparativamente a níveis mais reduzidos de comunhão. A referência à fibromialgia na entrevista de história de vida não se revelou preponderante.

Estabelecendo algumas relações, de carácter conceptual, entre os resultados obtidos no estudo quantitativo e os do estudo qualitativo, surge como relevante a ligação que podemos estabelecer entre a frequência dos acontecimentos potencialmente traumáticos na infância e o tema marcas da infância feliz, presente na história de vida de oito das 10 pacientes, que congrega vários destes acontecimentos experienciados. Da mesma forma, surge-nos a relação entre os acontecimentos potencialmente traumáticos sem ser na infância e o tema ênfase nas adversidades, presente em nove das 10 pacientes. Destacando duas escalas clínicas da personalidade em que o grupo com fibromialgia teve valores médios clinicamente significativos, parece-nos ser possível ensaiar uma relação entre a pontuação elevada na esquizofrenia e dois temas obtidos na

história de vida, o tema ocultar e guardar para si e o tema percepção de injustiça; ambos transmitem um carácter de isolamento, sensação de incompreensão e estranheza perante os outros e muitas situações da vida que são compatíveis com as características da elevada pontuação naquela escala clínica. Por fim, relativamente à elevada depressão, não podemos deixar de estabelecer uma relação com o tema presente sem plenitude e, ainda, com a ênfase nas adversidades que caracterizou a história de vida da quase totalidade da amostra do segundo estudo.

A grande maioria dos estudos que identifica relações entre acontecimentos de vida e outras variáveis, nomeadamente de saúde, aborda apenas o abuso físico e sexual. No presente estudo, que integra um somatório relativo a um vasto conjunto de acontecimentos, verificou-se no grupo com fibromialgia a ausência de relações significativas entre os acontecimentos e as variáveis de saúde, e, a personalidade teve muito mais relações com as variáveis de saúde que com os acontecimentos de vida. No mesmo sentido, a personalidade foi preditora da saúde e, secundariamente, a saúde também o foi da personalidade, sendo que nenhuma foi preditora dos acontecimentos, nem estes o foram das outras duas variáveis. No que respeita à identificação de diferentes perfis no grupo com fibromialgia, tendo sido identificados dois grupos que diferem em função da conjugação entre as variáveis de saúde e da personalidade, os acontecimentos de vida não foram discriminativos entre eles. Em suma, os acontecimentos por nós avaliados tiveram um papel menos importante, no grupo com fibromialgia, do que o que podíamos esperar e abordamos alguns aspectos que possam ajudar a compreender este dado.

Sarason, Johnson e Siegel (1978) destacam que é um padrão consistente nos estudos sobre acontecimentos de vida o facto de, quando existem correlações significativas entre acontecimentos de vida e outras variáveis, estas serem de baixa magnitude. Estes autores consideram que, sendo provável que os efeitos dos acontecimentos difiram de pessoa para pessoa, dependendo mais das suas características individuais que dos próprios acontecimentos (Dohrenwend & Dohrenwend, 1974, como citado em Sarason et al. 1978), pode ser razoável esperar apenas relações de baixa magnitude. Por outro lado, vários autores, comparando o impacto na saúde entre acontecimentos de vida severos e os hassles quotidianos, verificaram que os hassles

tinham uma relação mais forte com sintomas somáticos que os acontecimentos de vida mais significativos (DeLongis et al., 1982; Kanner et al., 1981; Wagner et al.).

Ainda no que respeita aos acontecimentos de vida, recordamos que é preciso ter sempre em mente, na investigação sobre acontecimentos potencialmente traumáticos (sobretudo, abuso sexual) que os dados podem ser enviesados por questões como a repressão inconsciente do sujeito, supressão consciente ou “falsas memórias” e, ainda, que factores subjectivos como o esforço na procura de significado e a existência de experiências psicoterapêuticas prévias podem ter profundo impacto na abordagem e resposta a este tipo de questões (Van Houdenhove et al., 2001). Especificamente, uma das participantes do segundo estudo abordou na entrevista de história de vida uma tentativa de violação ocorrida na adolescência, no seio familiar, que não tinha mencionado na resposta ao questionário de acontecimentos de vida, na primeira sessão. Assim, parece haver razões para suspeitar que o abuso tende a ser sub-reportado, como é referido por alguma literatura (e.g., Widom & Morris, 1997; Williams, 1994), nomeadamente por constrangimento e inibição.

Vantagens, limitações e perspectivas de investigação

Numa abordagem às vantagens do presente estudo, consideramos ser a sua pertinência e diferenciação, por ser o único de que temos conhecimento a efectuar a conjugação dos três tipos de variáveis, de saúde, acontecimentos de vida e personalidade. No que respeita à forma de avaliação dos acontecimentos potencialmente traumáticos, o facto de termos englobado um conjunto vasto e diferenciado de acontecimentos, para além do abuso sexual e físico tão abordados na literatura surge-nos como um aspecto positivo, assim como a avaliação da personalidade de forma tão extensiva e abrangente, através do MMPI-2. Numa revisão de literatura muito recente, Malin e Littejohn (2012) realçam que sendo plausível que a personalidade se relacione de forma próxima com a experiência de dor, é de notar que menos de 3% dos estudos revistos sobre fibromialgia abordaram esta variável, o que parece indicar a complexidade desta temática e a necessidade de investigação neste âmbito, para a qual quisémos contribuir. Em relação ao segundo estudo, consideramos muito pertinente a aplicação de uma entrevista de história de vida que, não sendo muito utilizada, é de

grande riqueza e profundidade e permitiu explorar a individualidade e toda a vida das pacientes; não se cingindo à vivência da fibromialgia, em que muitos outros estudos se focam, permitiu identificar padrões comuns de funcionamento, com a profundidade que a metodologia qualitativa permite.

Em termos metodológicos, a aplicação da totalidade dos instrumentos em formato de entrevista e individualmente, pela investigadora principal, além de minimizar o cansaço e esforço que o auto-preenchimento de instrumentos tão extensos provocaria a esta população específica, permitiu uma relação de maior qualidade e proximidade, sendo este o formato considerado mais adequado para avaliação de acontecimentos potencialmente traumáticos (Raphael, Chandler & Ciccone, 2004). Também devido ao facto de a investigadora ter assegurado todo o processo de preenchimento dos dados, não existiram dados omissos nem qualquer tipo de dúvida quanto aos dados recolhidos. No mesmo sentido, a realização da entrevista de história de vida e análise interpretativa da mesma, pela mesma investigadora, permitiu um maior conhecimento e contextualização de toda a informação.

Consideramos que a dimensão da amostra é a principal limitação deste estudo, constrangida pelo cumprimento dos critérios de inclusão e, secundariamente, pela morosidade de aplicação dos instrumentos e formato adoptado. Desta forma, certas análises estatísticas dos dados foram excluídas, visto que a relação entre o grande número de variáveis envolvidas (sobretudo de personalidade) e a dimensão da amostra obrigou à tomada de decisões. Naturalmente, as limitações estão intrinsecamente ligadas às sugestões e perspectivas de investigação futura, correspondendo ao que faríamos de forma diferente, sabendo o que sabemos após a realização deste trabalho. Em relação à avaliação dos acontecimentos de vida, avaliaríamos outros aspectos, para além da presença ou ausência do acontecimento, como sendo a frequência, duração e impacto, aspectos estes que poderiam permitir maior diferenciação e aprofundamento. Por outro lado, Van Houdenhove et al. (2001) chamam a atenção para a importância de aspectos como a negligência e abuso emocional, que são muitas vezes subestimados na investigação por serem mais difíceis de detectar, mas cujos efeitos potenciais já foram identificados em alguma (pouca) investigação como tão prejudiciais como os do abuso físico e sexual. Concretamente, realçam a importância da percepção do cuidado parental como preditora de muito longo prazo do estado de saúde (Russek & Schwartz, 1997,

como citado em Van Houdenhove et al.). Como tal, mais importante que a avaliação de ocorrências específicas, nomeadamente de abuso sexual e físico, pode ser a avaliação da qualidade global do ambiente familiar precoce (Walker et al., 1997b).

Em relação à atribuição causal, após ampla reflexão, consideramos que apesar de a literatura em geral fazer a distinção entre acontecimento de tipo físico e acontecimento de tipo psicológico, não é de todo adequado fazer esta distinção, que corresponde de alguma forma à dicotoma corpo/mente, em que a presença de um parece excluir a presença do outro, sendo inadequada no contexto de uma abordagem biopsicossocial. No caso de atribuição a um acontecimento de tipo físico, como dissociar da componente psicológica? Em referência ao acontecimento de tipo físico mais citado na literatura, a colisão com veículo motorizado, McClean, Williams e Clauw (2005) dizem que embora esta colisão pareça capaz de desencadear a fibromialgia, não o faz geralmente através de lesão biomecânica directa. Ao invés, a evidência sugere que este tipo de trauma pode ocorrer como um stressor que, em conjugação com factores como a vulnerabilidade biológica do indivíduo, factores psicossociais e culturais, pode resultar no desenvolvimento de dor crónica generalizada e outros sintomas somáticos. McClean, Clauw, Abelson e Liberzon (2005) propõem um modelo no qual contemplam os efeitos físicos e emocionais agudos do acidente, como envolvendo uma interacção entre os efeitos directos de lesão dos tecidos e as respostas emocionais à ameaça experienciada. No mesmo sentido, os resultados da investigação de Wynne-Jones et al. (2006) sugerem que qualquer relação entre um acidente motorizado e o surgimento de dor generalizada pode ser explicada, em parte, pelo mal-estar psicológico que, uma vez ajustado, atenuou a força desta relação.

Assim, consideramos que a avaliação da atribuição causal, a ser explorada em estudos futuros, pela importância da sua relação com variáveis psicológicas e cognitivas, deve ter em conta esta questão.

Por fim, permanece como ideia para investigação futura a realização e análise de entrevista de história de vida a uma amostra de dimensão superior, de forma a serem efectuadas relações estatísticas com outras variáveis, procurando uma compreensão cada vez mais profunda e integrativa.

Aspectos finais relevantes

Em suma, destacamos alguns aspectos finais. Segundo uma perspectiva biopsicossocial da fibromialgia, que enquadrou este estudo, consideramos que foi suportado o papel dos acontecimentos de vida aos três níveis possíveis: enquanto factores predisponentes, consideramos a existência dos acontecimentos potencialmente traumáticos na infância, nos quais se destaca uma elevada prevalência de abuso sexual sem ser violação, e, ainda acontecimentos potencialmente traumáticos na adolescência e mais tarde na vida. Enquanto factores desencadeantes, a percentagem superior de atribuição causal efectuada a um acontecimento físico ou psicológico; Os temas comuns encontrados na história de vida, nomeadamente perfeccionismo, luta, ajudar os outros e ocultar e guardar para si, parecem remeter em conjunto para um padrão de funcionamento em que a pessoa coloca elevado esforço no desempenho do que lhe compete, não recorre aos outros em busca de ajuda e ainda age em prol dos outros, padrão este de elevada agência e que parece poder enquadrar-se como predisponente e de manutenção de uma condição dolorosa.

Smith et al. (2009) postulam que a fibromialgia é uma “perturbação relacionada com stress” na medida em que envolve exposição aumentada ao stress, pois as pacientes tiveram mais acontecimentos traumáticos, sobretudo abuso infantil, que, por sua vez, foi preditor da existência de abuso na idade adulta. No entanto, consideram que a fibromialgia pode também ser uma “perturbação de vulnerabilidade ao stress”, já que os acontecimentos traumáticos se relacionaram com pior saúde física e mental no grupo com fibromialgia, mas não tiveram relação com a saúde no grupo de controlo. No presente estudo, podemos dizer que se confirma a primeira concepção, mas não a segunda. Nesta amostra, os acontecimentos de vida parecem ter uma relação com o aspecto psicológico/cognitivo da atribuição causal, mas não com a saúde física. Assim, é possível que os acontecimentos de vida desempenhem um papel no surgimento da fibromialgia, mas, num grupo de mulheres já doentes, não tenham relação com a disfuncionalidade e níveis de dor actuais, relacionando-se antes com a forma de pensar e atribuir significado destas mulheres.

É de realçar que, em termos médios, não se revelaram problemas significativos na maior parte das escalas mais patológicas da personalidade, sendo a hipocondria,

depressão e histeria as preponderantes, relacionadas com a dor efectivamente sentida. Foi identificada heterogeneidade de perfis, com dois grupos que ilustram uma relação próxima entre saúde e personalidade, visto que maior disfunção física associou-se a pior pontuação na personalidade; a relação íntima entre personalidade e saúde foi bastante clara, verificando-se uma influência bidireccional, sendo a personalidade um pouco mais preditora, nesta relação. Embora a causalidade só possa ser estabelecida em estudos longitudinais, parece fazer muito sentido o enquadramento do modelo da diátese-stress Gatchel (1996, como citado em Gatchel, 2004), apontando para a existência de características da personalidade prévias à dor crónica que se tornam exacerbadas e disfuncionais, devido ao stress de tentar lidar com a cronicidade da dor. Assim, terminamos com a afirmação de uma relação muito próxima entre estado de saúde e personalidade, salientando a importância da avaliação dos aspectos psicológicos em pacientes com fibromialgia. Sendo tão relevantes estes aspectos, parece não haver motivo para uma ilusão de homogeneidade nesta população, que muitas vezes conduz a uma “psicopatologização” que apenas contribuiu para a percepção de baixa eficácia dos tratamentos e, consequentemente, baixa qualidade de vida. Parece que a fibromialgia deverá ser encarada como uma “via final comum” (Eich et al., 2000), não podendo ser explicada apenas por um factor fisiológico ou psicológico, o que torna cada vez mais importante o reconhecimento da diferenciação aos vários níveis.

Referências

- Aaron, L. A., Bradley, L. A., Alarcón, G. S., Triana-Alexander, M., Alexander, R. W., Martin, M. Y., & Alberts, K. R. (1997). Perceived physical and emotional trauma as precipitating events in fibromyalgia. Associations with health care seeking and disability status but not pain severity. *Arthritis & Rheumatism*, 40(3), 453-60. doi: 10.1002/art.1780400311
- Aaron, L. A., & Buchwald, D. (2001). A review of the evidence for overlap among unexplained clinical conditions. *Annals of Internal Medicine*, 134(9), 868-881.
- Abeles, A. M., Pillinger, M. H., Solitar, B. M., & Abeles, M. (2007). Narrative review: the pathophysiology of fibromyalgia. *Annals of Internal Medicine*, 146(10), 726-734.
- Adler, J. M. (2012). Living into the story: agency and coherence in a longitudinal study of narrative identity development and mental health over the course of psychotherapy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(2), 367-89. doi: 10.1037/a0025289
- Ahles, T. A., Yunus, M. B., Riley, S. D., Bradley, J. M., & Masi, A. T. (1984). Psychological factors associated with primary fibromyalgia syndrome. *Arthritis & Rheumatism*, 27(10), 1101-1106. doi: 10.1002/art.1780271004
- Ahles, T. A., Khan, S. A., Yunus, M. B., Spiegel, D. A. & Masi, A. T. (1991). Psychiatric status of patients with primary fibromyalgia, patients with rheumatoid arthritis, and subjects without pain: A blind comparison of DSM-III diagnoses. *The American Journal of Psychiatry*, 148(12), 1721-1726
- Album, D., & Westin, S. (2008). Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social Science & Medicine*, 66(1), 182-188. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.07.003
- Alexander, R. W., Bradley, L. A., Alarcón, G. S., Triana-Alexander, M., Aaron, L. A., Alberts, K. R., ...Stewart, K. E. (1998). Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia: association with outpatient health care utilization and pain medication usage. *Arthritis Care and Research*, 11(2) 102-115. doi: 10.1002/art.1790110206
- Al-Allaf, A. W., Dunbar, K. L., Hallum, N. S., Nosratzadeh, B., Templeton, K. D., & Pullar, T. (2002). A case – control study examining the role of physical trauma in the onset of fibromyalgia syndrome. *Rheumatology*, 41, 450-453. doi: 10.1093/rheumatology/41.4.450
- Allen, B., & Lauterbach, D. (2007). Personality characteristics of adult survivors of childhood trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 20(4), 587-595. doi:10.1002/jts
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association (2009). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, DC: Author.
- Amir, M., Kaplan, Z., Neumann, L., Sharabani, R., Shani, N., & Buskila, D. (1997). Posttraumatic stress disorder, tenderness and fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(6), 607-13. doi: 10.1016/S0022-3999(97)00009-3
- Amital, D., Fostick, L., Polliack, M. L., Segev, S., Zohar, J., Rubinow, A., & Amital, H. (2006). Posttraumatic stress disorder, tenderness, and fibromyalgia syndrome: are they different entities? *Journal of Psychosomatic Research*, 61(5), 663-9. doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.07.003

- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D.,...Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174-86. doi:10.1007/s00406-005-0624-4
- Anderberg, U., Forsgren, T., Ekselius, L., Marteinsdottir, I., & Hallman, J. (1999). Personality traits on the basis of the Temperament and Character Inventory in female fibromyalgia syndrome patients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53, 353-359. doi: 10.1080/080394899427827
- Anderberg, U., Marteinsdottir, I., Theorell, T., & Von Knorring, L. (2000). The impact of life events in female patients with fibromyalgia and in female healthy controls. *European Psychiatry*, 15(5), 295-301. doi: 10.1016/S0924-9338(00)00397-7
- Andreski, P., Chilcoat, H., & Breslau, N. (1998). Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: a prospective study. *Psychiatry Research*, 79(2), 131-8. doi: 10.1016/S0165-1781(98)00026-2
- Applegate, K. L., Keefe, F. J., Siegler, I. C., Bradley, L. A., McKee, D. C., Cooper, K. S., Riordan, P. (2005). Does personality at college entry predict number of reported pain conditions at mid-life? A longitudinal study. *The Journal of Pain*, 6(2), 92-97. doi: 10.1016/j.jpain.2004.11.001
- Arbisi, P., & Butcher, J. (2004). Relationship between personality and health symptoms : Use of the MMPI-2 in medical assessments. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 571-595.
- Ardıç, F. & Toraman, F. (2002.). Psychological dimensions of pain in patients with rheumatoid arthritis, fibromyalgia syndrome and chronic low back pain. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 10(4), 19-29.
- Armentrout, D., Moore, J., Parker, J., Hewett, J., & Feltz, J. (1982). Pain-patient MMPI subgroups : the psychological dimensions of pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 5(2), 201-211.
- Arnold, L. M., Hudson, J. I., Keck, P. E., Auchenbach, M. B., Javaras, K. N., & Hess, E. V. (2006). Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(8), 1219-1225.
- Asbring, P. (2001). Chronic illness- a disruption in life: identity-transformation among women with chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Journal of Advanced Nursing*, 34(3), 312-319. doi: \10.1046/j.1365-2648.2001.01767.x
- Asbring, P., & Narvanen, A. L. (2002). Women's experiences of stigma in relation to chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Qualitative Health Research*, 12(2), 148-160. doi: 10.1177/104973230201200202
- Asmundson, G. J., Bonin, M. F., Frombach, I. K., & Norton, G. R. (2000). Evidence of a disposition toward fearfulness and vulnerability to posttraumatic stress in dysfunctional pain patients. *Behaviour Research and Therapy*, 38(8), 801-12. doi: 10.1016/S0005-7967(99)00101-1
- Asmundson, G., Coons, M., Taylor, S., & Katz, J. (2002). PTSD and the experience of pain: research and clinical implications of shared vulnerability and mutual maintenance models. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(10), 930-937.
- Bae, H., Kim, D., Koh, H., Kim, Y., & Park, J. S. (2008). Psychometric Properties of the Life Events Checklist-Korean Version. *Psychiatry Investigation*, 5:163-167. doi: 10.4306/pi.2008.5.3.163

- Barnes, D., Gatchel, R., Mayer, T., & Barnett, J. (1990). Changes in MMPI profile levels of chronic low back pain patients following successful treatment. *Journal of Spinal Disorders*, 3(4), 353-355.
- Beckham, J. C., Moore, S. D., Feldman, M. E., Hertzberg, M. A., Kirby, A. C., & Fairbank, J. A. (1997). Health status, somatization and severity of posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1565-9.
- Benight, C. C., Yamazaki, T. G., Gilfillan-Morton, L. A., Kawasaki, D. M., Martinez, L., Lynch, W. L.,...Welch, M. D. (2002). Personality dysfunction and the management of chronic medical illness: A community health sample. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9(2), 77-95.
- Bennett, R. (2005). The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): a review of its development, current version, operating characteristics and uses. *Clinical Experimental Rheumatology*, 23(39), S154-S162.
- Bennett, R. M., Jones, J., Turk, D. C., Russell, I. J., & Matallana, L. (2007). An internet survey of 2,596 people with fibromyalgia. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 8, 27. doi:10.1186/1471-2474-8-27
- Bernardes, S. F. (2012). Assimetrias de género na avaliação e tratamento da dor. In J. C. Branco e T. M. Baptista (Eds.), *A dor e as suas circunstâncias* (pp. 89-98). Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Besteiro, J., Alvarez, M., Lemos, S., Muñiz, J., Costas, C., & Weruaga, A. (2008). Dimensiones de personalidad, sentido de coherencia y salud percibida en pacientes con un síndrome fibromiálgico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(2), 411-427.
- Bifulco, A., Bernazzani, O., & Moran, P. M. (2000). Lifetime stressors and recurrent depression : preliminary findings of the Adult Life Phase Interview (ALPHI). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 264-275.
- Billings, A. C., & Moos, R. H. (1982). Stressful life events and symptoms: a longitudinal model. *Health Psychology*, 1(2), 99-117. doi: 10.1037/0278-6133.1.2.99
- Birtane, M., Uzunca, K., Tastekin, N., & Tuna, H. (2007). The evaluation of quality of life in fibromyalgia syndrome: A comparison with rheumatoid arthritis by using SF-36 Health Survey. *Clinical Rheumatology*, 26(5), 679-684. doi: 10.1007/s10067-006-0359-2
- Blumer, D., & Heilbronn, M. (1981). The pain-prone disorder: A clinical and psychological profile. *Psychosomatics*, 22(5), 395-7, 401-2. doi: 10.1016/S0033-3182(81)73509-6
- Boisset-Pioro, M. H., Esdaile, J. M., & Fitzcharles, M. A. (1995). Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis & Rheumatism*, 38(2), 235-241. doi: 10.1002/art.1780380212
- Bolger, N., & Schilling, E. (1991). Personality and the problems of everyday life: The role of neuroticism in exposure and reactivity to daily stressors. *Journal of Personality*, 59(3), 355-86. doi: 10.1111/j.1467-6494.1991.tb00253.x
- Bolger, N., & Zuckerman, A. (1995). A framework for studying personality in the stress process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (5), 890-902. doi: 10.1037//0022-3514.69.5.890
- Bouchard, T. J., & Loehlin, J. C. (2001). Genes, evolution, and personality. *Behavior Genetics*, 31(3), 243-273.

- Bradley, L. & Heide, L. (1984). Pain-related correlates of MMPI profile subgroups among back pain patients. *Health Psychology*, 3(2), 157-174.
- Bradley, L. A., Prokop, C. K., Margolis, R., & Gentry, W. D. (1978). Multivariate analyses of the MMPI profiles of low back pain patients. *Pain*, 1(3).
- Branco, J.C. (1997). *Fibromialgia: Modelo humano de dor, fadiga e incapacidade crónicas*. Lisboa: Edição do Autor.
- Branco, J. C., Bannwarth, B., Failde, I., Abello Carbonell, J., Blotman, F., Spaeth, M., . . . Matucci-Cerinic, M. (2010). Prevalence of fibromyalgia: A survey in five European countries. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 39(6), 448-453. doi: 10.1016/j.semarthrit.2008.12.003
- Bremner, J. D. (1999). Does stress damage the brain? *Biological Psychiatry*, 45(7), 797-805. doi: 10.1016/S0006-3223(99)00009-8
- Breslau, N., Davis, G. C. & Andreski, P. (1995). Risk factors for PTSD-related traumatic events: A prospective analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 152(4), 529-535.
- Brocki, J. M., & Wearden, A. J. (2006). A critical evaluation of the use of interpretative phenomenological analysis (IPA) in health psychology. *Psychology & Health*, 21(1), 87-108. doi:10.1080/14768320500230185
- Brown, R. J. (2007). Introduction to the special issue on medically unexplained symptoms: Background and future directions. *Clinical Psychology Review*, 27(7), 769-780. doi: 10.1016/j.cpr.2007.07.003
- Brown, J., Berenson, K., & Cohen, P. (2005). Documented and self-reported child abuse and adult pain in a community sample.

1	
---	--

The Clinical Journal of Pain, 21(5): 374-7.
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health & Illness*, 4(2) 167-182. doi: 10.1111/1467-9566.ep11339939.
- Buskila, D., Ablin, J. N., Ben-Zion, I., Muntanu, D., Shalev, A., Sarzi-Puttini, P., & Cohen, H. (2009). A painful train of events: Increased prevalence of fibromyalgia in survivors of a major train crash. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 27(5), Suppl. 56, S79-S85.
- Buskila, D. & Cohen, H. (2007). Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. *Current Pain and Headache Reports*, 11, 333-338. doi: 10.1007/s11916-007-0214-4
- Burckhardt, C. S., Clark, S. R., & Bennett, R. M. (1991). The Fibromyalgia Impact Questionnaire: Development and validation. *Journal of Rheumatology*, 18(5), 728-733.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989). *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2): Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Byrne, B. M. (2001). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cacace, E., Ruggiero, V., Anedda, C., Denotti, A., Minerba, L., & Perpignano, G. (2006). Quality of life and associated clinical distress in fibromyalgia, *Reumatismo*, 58(3), 226-229.
- Campbell, J., Jones, A. S., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P., & Wynne, C. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. *Archives of Internal Medicine*, 162(10), 1157-63. doi: 10-1001/pubs.Arch Intern Med.

- Campbell, R., Greeson, M. R., Bybee, D., & Raja, S. (2008). The co-occurrence of childhood sexual abuse, adult sexual assault, intimate partner violence, and sexual harassment: A mediational model of posttraumatic stress disorder and physical health outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 194-207. doi:10.1037/0022-006X.76.2.194
- Carpenter, M. T., Hugler, R., Enzenauer, R. J., Des Rosier, K. F., Kirk, J. M., & Brehm, W. T. (1998). Physical and sexual abuse in female patients with fibromyalgia. *Journal of Clinical Rheumatology*, 4(6), 301-306.
- Caspi, A., & Roberts, B. W. (2001). Personality Development Across the Life Course: The Argument for Change and Continuity. *Psychological Inquiry*, 12(2), 49-66. doi:10.1207/S15327965PLI1202_01
- Castro, I., Barrantes, F., Tuna, M., Cabrera, G., Garcia, C., Recinos, M., ... Garcia-Kutzbach, A. (2005). Prevalence of abuse in fibromyalgia and other rheumatic disorders at a specialized clinic in rheumatic diseases in Guatemala City. *Journal of Clinical Rheumatology*, 11(3), 140-145.
- Castro-Lopes, J., Saramago, P., Romão, J. & Paiva, M. (2010). *Pain proposal- a dor crónica em Portugal*. Retirado de https://www.pfizer.pt/Files/.../Portugal_Country%20Snapshot.pdf
- Charles, S. T., Gatz, M., Kato, K., & Pedersen, N. L. (2008). Physical health 25 years later: The predictive ability of neuroticism. *Health Psychology*, 27(3), 369-78. doi: 10.1037/0278-6133.27.3.369
- Chartier, M. J., Walker, J. R., & Naimark, B. (2007). Childhood abuse, adult health, and health care utilization: Results from a representative community sample. *American Journal of Epidemiology*, 165(9), 1031-8. doi: 10.1093/aje/kwk113
- Choy, E., Perrot, S., Leon, T., Kaplan, J., Petersel, D., Ginovker, A., & Kramer, E. (2010). A patient survey of the impact of fibromyalgia and the journey to diagnosis. *BMC Health Services Research*, 10, 102. doi: 10.1186/1472-6963-10-102. Retirado de www.biomedcentral.com/1472-6963/10/102
- Church, A. T. (1994). Relating the Tellegen and five-factor models of personality structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(5), 898-909. doi: 10.1037/0022-3514.67.5.898
- Ciccone, D., Elliott, D., Chandler, H., Nayak, S., & Raphael, K. (2005). Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome: A test of the trauma hypothesis. *The Clinical Journal of Pain*, 21(5), 378-386.
- Civita, M., Bernatsky, S., & Dobkin, P. (2004). The role of depression in mediating the association between sexual abuse history and pain in women with fibromyalgia. *Psychology, Health & Medicine*, 9(4), 450-455. doi: 10.1080/13548500412331298975
- Claros, L., Cano, M., Presa, A., Barceló, J., Satamán, P., Roca, J., ... Pàmias, M. (2006). Perfiles clínicos en pacientes con fibromialgia que acuden a un centro de salud mental : Obtención de un índice predictivo de gravedad psicopatológica. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 34(2), 112-122.
- Classen, C. C., Palesh, O. G., & Aggarwal, S. (2005). Sexual revictimization- a review of the empirical literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(2), 103-129. doi: 10.1177/1524838005275087
- Cohen, H., Neumann, L., Haiman, Y., Matar, M. A., Press, J., & Buskila, D. (2002). Prevalence of post-traumatic stress disorder in fibromyalgia patients: Overlapping syndromes or post-traumatic fibromyalgia syndrome? *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 32(1), 38-50. doi: 10.1053/sarh.2002.33719

- Coker, A. L., Smith, P. H., Bethea, L., King, M. R., & McKeown, R. E. (2000). Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Archives of Family Medicine*, 9(5), 451-7
- Compañ, V., Feixas, G., Varlotta-Domínguez, N., Torres-Viñals, M., Aguilar-Alonso, A., Dada, G., & Saúl, L. A. (2011). Cognitive factors in fibromyalgia: The role of self-concept and identity related conflicts. *Journal of Constructivist Psychology*, 24(1), 56-77. doi: 10.1080/10720537.2011.530492
- Conrad, R., Schilling, G., Bausch, C., Nadstawek, J., Christian, H., Wegener, I., ...Liedtke, R. (2007). Temperament and character personality profiles and personality disorders in chronic pain patients. *Pain*, 133, 197-209. doi: 10.1016/j.pain.2007.07.024
- Cook, D. B., Lange, G., Ciccone, D. S., Liu, W. C., Steffener, J., & Natelson, B. H. (2004). Functional imaging of pain in patients with primary fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, 31(2), 364-378.
- Costa, P. T., Herbst, J. H., McCrae, R. R & Siegler, I. C. (2000). Personality at midlife: Stability, intrinsic maturation, and response to life events. *Assessment*, 7(4), 365-378. doi: 10.1177/107319110000700405
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1987) Neuroticism, somatic complaints and disease: Is the bark worse than the bite ? *Journal of Personality*, 55(2), 299-316. doi: 10.1111/j.1467-6494.1987.tb00438.x
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Four ways five factors are basic. *Personality and Individual Differences*, 13(6), 653-665. doi: 10.1016/0191-8869(92)90236-I
- Costello, R. M., Hulsey, T. L., Schoenfeld, L. S., & Ramamurthy, S. (1987). P-A-I-N: A four-cluster MMPI typology for chronic pain. *Pain*, 30(2), 199-209. doi:10.1016/0304-3959(87)91075-X
- Crombez, G., Eccleston, C., Van den Broeck, A., Goubert, L., & Van Houdenhove, B. (2004). Hypervigilance to pain in fibromyalgia: The mediating role of pain intensity and catastrophic thinking about pain. *Clinical Journal of Pain*, 20(2), 98-102.
- Cunningham, M. M., & Jillings, C. (2006). Individuals' descriptions of living with Fibromyalgia. *Clinical Nursing Research*, 15(4), 258-273. doi: 10.1177/1054773806291853
- Currie, S. R., & Wang, J. (2004). Chronic back pain and major depression in the general Canadian population. *Pain*, 107(1-2), 54-60. doi:10.1016/j.pain.2003.09.015
- Dagenais, S., Caro, J., & Haldeman, S. (2008). A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally. *Spine Journal*, 8(1), 8-20. doi: 10.1016/j.spinee.2007.10.005
- Dailey, P. A., Bishop, G. D., Russell, I. J., & Fletcher, E. M. (1990). Psychological stress and the fibrositis/fibromyalgia syndrome. *The Journal of Rheumatology*, 17(10): 1380-5.
- Danoff-Burg, S., Mosher, C. E., & Grant, C. A. (2006). Relations of agentic and communal personality traits to health behavior and substance use among college students. *Personality and Individual Differences*, 40(2), 353-363. doi:10.1016/j.paid.2005.05.020
- Delongis, A., Coyne, J. C., Dakof, G., Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1982). Relationship of daily hassles, uplifts and major life events to health status. *Health*, 1(2), 119-136. doi: 10.1037/0278-6133.1.2.119
- Demarco, A. D. (2002). *MMPI-2 Content Scale interpretation in cases of chronic low*

- back pain: Do adjustment differences among sufferers lead to different content scores? Retirado de ProQuest Information & Learning. (AAI3032089)
- Dersh, J., Polatin, P. B., & Gatchel, R. J. (2002). Chronic pain and psychopathology: Research findings and theoretical considerations. *Psychosomatic Medicine*, 64(5), 773-786. doi: 10.1097/01.PSY.0000024232.11538.54
- Desai, S., Arias, I., Thompson, M. P., & Basile, K. C. (2002). Childhood victimization and subsequent adult revictimization assessed in a nationally representative sample of women and men. *Violence and Victims*, 17(6), 639-53. doi: 10.1891/vivi.17.6.639.33725
- Diehl, M., Owen, S. K., & Youngblade, L. M. (2004). Agency and communion attributes in adults' spontaneous self-representations. *International Journal of Behavioral Development*, 28, 1-15. doi:10.1080/01650250344000226
- Draycott, S., & Kline, P. (1995). The Big Three or the Big Five-the EPQ-R vs the NEO-PI: a research note, replication and elaboration. *Personality and Individual Differences*, 18(6), 801-804. doi: 10.1016/0191-8869(95)00010-4
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). The impact of adverse childhood experiences on health problems: Evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive Medicine*, 37(3), 268-277. doi:10.1016/S0091-7435(03)00123-3
- Dube, S. R., Fairweather, D., Pearson, W. S., Felitti, V. J., Anda, R. F., & Croft, J. B. (2009). Cumulative childhood stress and autoimmune diseases in adults. *Psychosomatic medicine*, 71(2), 243-50. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181907888
- DynaMed. (2011, October 18). **Fibromyalgia**. Ipswich, MA:EBSCO Publishing. Retrieved November 7, 2011, from <http://web.ebscohost.com/dynamed/detail?sid=17bbd64e-7e1f-427c-84ef->
- Edwards, E. L., Holmes, C. B., & Carvajal, H. H. (1998). Oral and Booklet Presentation of MMPI-2. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 593-596. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679
- Ehrlich, G. E. (2003a). Fibromyalgia, a virtual disease. *Clinical Rheumatology*, 22(1), 8-11. doi: 10.1007/s10067-002-0697-7
- Ehrlich, G. E. (2003b). Fibromyalgia: When it shouldn't be diagnosed. *Clinical Rheumatology*, 22(3), 259. doi: 10.1007/s10067-003-0745-y
- Eich, W., Hartmann, M., Müller, A., & Fischer, H. (2000). The role of psychosocial factors in fibromyalgia syndrome. *Scandinavian Journal of Rheumatology. Supplement*, 113(8), 30-1. doi: 10.1080/030097400446607
- Ekselius, L., Bengtsson, A. & Von Knorring, L. (1998). Personality traits as determined by means of the Karolinska Scales of Personality in patients with fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 6(2), 35-49. doi: 10.1300/J094v06n02_04
- Ellertsen, B., Væroy, H., Endresen, I., & Forre, O. (1991). MMPI in fibromyalgia and local nonspecific myalgia. *New Trends in Experimental & Clinical Psychiatry*, 7(2), 53-62.
- Engel, G.L. (1959). "Psychogenic" pain and the pain-prone patient. *The American Journal of Medicine*, 26(6), 899-918. doi: 10.1016/0002-9343(59)90212-8
- Engel, J. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 4286, 129-136.
- Epstein, S., Kay, G., Clauw, D., Heaton, R., Klein, D., Krupp, L., ...Zisook, S. (1999). Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia: A multicenter investigation. *Psychosomatics*, 40, 57-63. doi: 10.1016/S0033-3182(99)71272-7

- Erbaydar, N. P., & Çilingiroğlu, N. (2010). Chronic pain and depression: A descriptive survey among adult primary health care centre patients. *Turkish Journal of Medical Science*, 40(5), 707-714. doi: 10.3906/sag-0804-4
- Etscheidt, M., Steger, H. & Braverman, B. (1995). Multidimensional pain inventory profile classifications and psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*, 51(1), 29-36. doi: 10.1002/1097-4679(199501
- European Federation of IASP Chapters (2011). *Costs of chronic pain*. Retirado de <http://www.efic.org/index.asp?sub=B47GFCF5J4H43I>
- Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, V., ...Marks, J. (1998). Relation of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adult- the adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.
- Filippon, A. P. (2008). *A influência do trauma infantil na fibromialgia em mulheres* (Dissertação de doutoramento). Retirado de <http://hdl.handle.net/10183/14036>
- Fillingim, R., & Edwards, R. (2005). Is self-reported childhood abuse history associated with pain perception among healthy young women and men?. *The Clinical Journal of Pain*, 21(5), 387-397.
- Fillingim, R., Wilkinson, C., & Powell, T. (1999). Self-reported abuse history and pain complaints among young adults. *The Clinical Journal of Pain*, 15(2), 85-91.
- Finestone, H. M., Stenn, P., Davies, F., Stalker, C., Fry, R., & Koumanis, J. (2000). Chronic pain and health care utilization in women with a history of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 24(4), 547-56. doi: 10.1016/S0145-2134(00)00112-5
- Fishbain, D. A., Cole, B., Cutler, R. B., Lewis, J., Rosomoff, H. L., & Rosomoff, R. S. (2006). Chronic pain and the measurement of personality: Do states influence traits ? *Pain Medicine*, 7(6), 509-529. doi: 10.1111/j.1526-4637.2006.00239.x
- Fishbain, D. A., Goldberg, M., Meagher, B., Steele, R., & Rosomoff, H. (1986). Male and female chronic pain patients categorized by DSM-III psychiatric diagnostic criteria. *Pain*, 26(2), 181-197. doi: 10.1016/0304-3959(86)90074-6
- Fishbain, D. A., Cutler, R., Rosomoff, H. L., & Rosomoff, R. S. (1997). Chronic pain-associated depression: Antecedent or consequence of chronic pain? A review. *The Clinical Journal of Pain*, 13(2):116-37.
- Fischer-Kern, M., Kapusta, N. D., Doering, S., Horz, S., Mikutta, C. & Aigner, M. (2011). The relationship between personality organization and psychiatric classification in chronic pain patients. *Psychopathology*, 44(1), 21-26. doi: 10.1159/000317271
- Fordyce, W. E., Roberts, A. H., & Sternbach, R. A. (1985). The behavioral management of chronic pain: A response to critics. *Pain*, 22, 113-125. doi: 10.1016/0304-3959(85)90172-1
- Friedman, H. S., & Booth-Kewley, S. (1987). The “disease-prone personality”. A meta-analytic view of the construct. *The American Psychologist*, 42(6), 539-55. doi: 10.1037//0003-066X.42.6.539
- Friedman, H. S. (2008). The multiple linkages of personality and disease. *Brain, Behavior, and Immunity*, 22(5), 668-75. doi: 10.1016/j.bbi.2007.09.004
- Friedman, H. S. (2000). Long-term relations of personality and health: Dynamisms , mechanisms, tropisms. *Journal of Personality*, 68, 6, 1089-1107. doi: 10.1111/1467-6494.00127

- Friedman, H. S., Kern, M. L., & Reynolds, C. A. (2010). Personality and health, subjective well-being, and longevity. *Journal of Personality*, 78(1), 719-216. doi: 10.1111/j.1467-6494.2009.00613.x
- Gamsa, A., & Vikis-Freibergs, V. (1991). Psychological events are both risk factors in, and consequences of, chronic pain. *Pain*, 44(3), 271-277. doi: 10.1016/0304-3959(91)90096-G
- Gatchel, R. J. (1999). Perspectives on pain: a historical overview. In R.B. Gatchel & D.C. Turk (Eds.), *Psychosocial Factors in Pain- critical perspectives* (pp.3-9). New York: The Guildford Press.
- Gatchel, R. J. (2000). How practitioners should evaluate personality to help manage patients with chronic pain. In R.J. Gatchel & J.N. Weisberg (Eds), *Personality characteristics of patients with pain* (pp. 241-257). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Gatchel R. J., Polatin, P. B., Mayer, T. G., & Garcy, P. D. (1994). Psychopathology and the rehabilitation of patients with chronic low back pain disability. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 75(6), 666-70. doi: 10.1016/0003-9993(94)90191-0
- Gatchel, R. J. (2004). Comorbidity of chronic pain and mental health disorders: The biopsychosocial perspective. *American Psychologist*, 795-805.
- Gatchel, R. J., Mayer, T. G., Capra, P., Diamond, P., & Barnett, J. (1986). Quantification of lumbar function: Part 6: The use of psychological measures in guiding physical functional restoration. *Spine*, 11(1), 36-42.
- Gatchel, R. J., Mayer, T. G., & Eddington, A. (2006). MMPI disability profile: The least known, most useful screen for psychopathology in chronic occupational spinal disorders. *Spine*, 31(25), 2973-2978. doi: 10.1097/01.brs.0000247807.10305.5d
- Gatchel, R.J., Peng, Y., Peters, M., Fuchs, P. & Turk, D. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133 (4), 581-624. doi: 10.1037/0033-2909.133.4.581
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Quiceno, J., Martínez, K., Yépez, M., Echevarria, C., ...Pineda, R. (2006). Rasgos de personalidad , estrategias de afrontamiento y dolor en pacientes con diagnóstico de fibromialgia. *Dolor*, 16, 129-138.
- Geisser, M. E., Casey, K. L., Brucksch, C. B., Ribbens, C. M., Appleton, B. B., & Crofford, L. J. (2003). Perception of noxious and innocuous heat stimulation among healthy women and women with fibromyalgia: Association with mood, somatic focus, and catastrophizing. *Pain*, 102(3), 243-250. doi: 10.1016/s0304-3959(02)00417-7
- Geisser, M. E., Glass, J. M., Rajcevska, L. D., Clauw, D. J., Williams, D. A., Kileny, P. R., & Gracely, R. H. (2008). A psychophysical study of auditory and pressure sensitivity in patients with fibromyalgia and healthy controls. *Journal of Pain*, 9(5), 417-422. doi: 10.1016/j.jpain.2007.12.006
- Ghaed, S. G., & Gallo, L. C. (2006). Distinctions among agency, communion, and unmitigated agency and communion according to the interpersonal circumplex, five-factor model, and social-emotional correlates. *Journal of Personality Assessment*, 86(1), 77-88. doi: 10.1207/s15327752jpa8601_09
- Giesecke, T., Williams, D., Harris, R., Cupps, T., Tien, X., Tien, T., ...Clauw, D. (2003). Subgrouping of fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain thresholds and psychological factors. *Arthritis & Rheumatism*, 48 (10), 2916-2922. doi: 10.1002/art.11272

- Goldberg, R. T., & Goldstein, R. (2000). A comparison of chronic pain patients and controls on traumatic events in childhood. *Disability and Rehabilitation*, 22(17), 756-63. doi: 10.1080/09638280050200250
- Goldberg, R. T., Pachas, W. N., & Keith, D. (1999). Relationship between traumatic events in childhood and chronic pain. *Disability and Rehabilitation*, 21(1), 23-30. doi: 10.1080/096382899298061
- Goodwin, R. D., Cox, B. J., & Clara, I. (2006). Neuroticism and physical disorders among adults in the community: Results from the national comorbidity survey. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(3), 229-238. doi: 10.1007/s10865-006-9048-5
- Goubert, L., Crombez, G., & Damme, S. V. (2004). The role of neuroticism, pain catastrophizing and pain-related fear in vigilance to pain: A structural equations approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 107, 234-241. doi: 10.1016/j.pain.2003.11.005
- Gracely, R. H., Petzke, F., Wolf, J. M., & Clauw, D. J. (2002). Functional magnetic resonance imaging evidence of augmented pain processing in fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 46(5), 1333-1343. doi: 10.1002/art.10225
- Graham, J. (2006). *MMPI-2- Assessing personality and psychopathology* (4th ed.). New York Oxford University Press.
- Gray, M., Litz, B., Hsu, J. & Lombardo, T. (2004). The psychometric properties of the Life Events Checklist. *Assessment*, 11, 330-341. doi: 10.1177/1073191104269954.
- Green, C. R., Flowe-Valencia, H., Rosenblum, L., & Tait, A. R. (1999). Do physical and sexual abuse differentially affect chronic pain states in women?. *Journal of Pain and Symptom Management*, 18(6), 420-426. doi: 10.1016/S0885-3924(99)00107-4
- Green, C. R., Flowe-Valencia, H., Rosenblum, L., & Tait, A. R. (2001). The role of childhood and adulthood abuse among women presenting for chronic pain management. *The Clinical Journal of Pain*, 17(4), 359-364.
- Greene, J. C., Caracelli, V. J. & Graham, W. F. (1989). Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 11(3), 255-74. doi: 10.3102/01623737011003255
- Greenfield, S., Fitzcharles, M.A & Esdaile, J.M. (1992). Reactive fibromyalgia syndrome. *Arthritis & Rheumatism*, 35(6), 678-681. doi: 10.1002/art.1780350612
- Guck, T., Meilman, P., Skultety, F., & Poloni, L. (1988). Pain-patient Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) subgroups: Evaluation of long-term treatment outcome. *Journal of Behavioral Medicine*, 11(2), 159-169.
- Guerro-Prado, D., Echeverria, N., Jiménez, L., Leira, M., García-Resa, E., Ceverino, A., ...Stantiford, E. (2011). Quality of life and social adaptation in women suffering from fibromyalgia. *European Psychiatry*, 1(26), 1658-1658. doi: 10.1016/S0924-9338(11)73362-4
- Gupta, A, Silman, A. J., Ray, D., Morriss, R., Dickens, C., MacFarlane, G. J.,...McBeth, J. (2007). The role of psychosocial factors in predicting the onset of chronic widespread pain: Results from a prospective population-based study. *Rheumatology*, 46(4), 666-71. doi: 10.1093/rheumatology/kel363
- Haggard, R. A., Stowell, A. W., Bernstein, D., & Gatchel, R. J. (2008). Relationship between the MMPI-2 and psychosocial measures in a heterogeneous pain population. *Rehabilitation Psychology*, 53(4), 471-478. doi: 10.1037/a0013358
- Hagger, M. (2009). Personality , individual differences, stress and health. *Stress and Health*, 386, 381-386. doi:10.1002/smi
- Hallberg, L. R., & Carlsson, S. G. (1998). Psychosocial vulnerability and maintaining

- forces related to fibromyalgia. In-depth interviews with twenty-two female patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 12(2), 95-103. doi: 10.1080/02839319850163020
- Hamid, A. A. (2004). Personality correlates of health outcomes in sudanese university students. *Social Behavior and Personality*, 32(4), 321-328. doi: 10.2224/sbp.2004.32.4.321
- Hammen, C. (1991). Generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 555-61. doi: 10.1037/0021-843X.100.4.555
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 293-319. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938
- Hansen, F.R., Biering-Sørensen, F., & Schroll, M. (1995). Minnesota Multiphasic Personality Inventory profiles in persons with or without low back pain. A 20-year follow-up study. *Spine*, 20(24), 2716-20.
- Hanvik, L. (1951). MMPI profiles in patients with low-back pain. *Journal of Consulting Psychology*, 15(4), 350-353. doi: 10.1037/h0058656
- Harkness, K. L., Bruce, A. E., & Lumley, M. N. (2006). The role of childhood abuse and neglect in the sensitization to stressful life events in adolescent depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4), 730-741. doi: 10.1037/0021-843X.115.4.730
- Harkness, A., McNulty, J. & Ben-Porath, Y. (1995). The personality psychopathology five (PSY-5): Constructs and MMPI-2 scales. *Psychological Assessment*, 7(1), 104-114. doi: 10.1037/1040-3590.7.1.104
- Hart, R. R. (1984). Chronic pain: Replicated multivariate clustering of personality profiles. *Journal of Clinical Psychology*, 40(1), 129-133. doi: 10.1002/1097-4679(198401
- Hart, S. (2005). Comorbid pain related somatisation is common in Latin Americans with major depressive disorder. *Evidence-Based Mental Health*, 8(4), 116-116. doi:10.1136/ebmh.8.4.116
- Harth, M., & Nielson, W. (2009). War is over. Give peace a chance (with apologies to the late John Lennon). *Journal of Rheumatology*, 36(12), 2837-2838. doi: 10.3899/jrheum.090508
- Hartrick, C. T., Kovan, J. P. & Shapiro, S. (2003). The numerical rating scale for clinical pain measurement: A ratio measure?. *Pain Practice*, 3(4), 310-316. doi: 10.1111/j.1530-7085.2003.03034.x
- Haspel-Johnson, D. (2000). *Personality characteristics of women with fibromyalgia* (Dissertação de doutoramento). Disponível em ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI nº 3061798)
- Haviland, M. G., Morton, K. R., Oda, K., & Fraser, G. E. (2010). Traumatic experiences, major life stressors, and self-reporting a physician-given fibromyalgia diagnosis. *Psychiatry Research*, 177(3), 335-41. doi:10.1016/j.psychres.2009.08.017
- Heim, C., Newport, D. J., Heit, S., Graham, Y. P., Wilcox, M., Bonsall, R.,... Nemeroff, C. (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA*, 284(5), 592-597. doi: 10.1001/jama.284.5.592
- Helgeland, M. I., & Torgersen, S. (2004). Developmental antecedents of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 45(2), 138-47. doi:10.1016/j.comppsy.2003.09.001
- Helgeson, V.S. (1990). The role of masculinity in a prognostic predictor of heart attack

- severity. *Sex Roles*, 22, 755-774.
- Helgeson, V. S. (1994). Relation of agency and communion to well-being: Evidence and potential explanations. *Psychological Bulletin*, 116(3), 412-428. doi:10.1037/0033-2909.116.3.412
- Helgeson, V. S., & Lepore, S. J. (1997). Men's adjustment to prostate cancer: The role of agency and unmitigated agency. *Sex Roles*, 37 (3-4), 251-267
- Helgeson, V. S., & Fritz, H. L. (1998). A theory of unmitigated communion. *Personality and Social Psychology Review*. doi: 10.1207/s15327957pspr0203
- Helgeson, V. S., & Fritz, H. L. (1999). Unmitigated agency and unmitigated communion: Distinctions from agency and communion. *Journal of Research in Personality*, 158, 131-158. doi: 10.1006/jrpe.1999.2241
- Helgeson, V. S., & Fritz, H. L. (2000). The implications of unmitigated agency and unmitigated communion for domains of problem behavior. *Journal of Personality*, 68(6), 1031-57. doi: 10.1111/1467-6494.00125
- Hellström, C., & Jansson, B. (2001). Psychological distress and adaptation to chronic pain : Symptomatology in dysfunctional , interpersonally distressed and adaptive copers. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 9(3), 51-68. doi: 10.1300/J094v09n03_06
- Helson, R., Kwan, V. S., John, O. P., & Jones, C. (2002). The growing evidence for personality change in adulthood: Findings from research with personality inventories. *Journal of Research in Personality*, 36(4), 287-306. doi: 10.1016/S0092-6566(02)00010-7
- Herbette, G., & Rimé, B. (2004). Verbalization of emotion in chronic pain patients and their psychological adjustment. *Journal of Health Psychology*, 9(5), 661-76. doi:10.1177/1359105304045378
- Herron, L.D., & Pheasant, H.C. (1982). Changes in MMPI profiles after low-back surgery. *Spine*, 7(6):591-7.
- Hidding, A., Van Santen, M., De Klerk, E., et al. (1994). Comparison between self-report measures and clinical observations of functional disability in ankylosing spondylitis, rheumatoid arthritis and fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, 21, 818-23.
- Hobfoll, S.E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513-524.
- Hoffman, D. L., & Dukes, E. M. (2008). The health status burden of people with fibromyalgia: A review of studies that assessed health status with the SF-36 or the SF-12. *International Journal of Clinical Practice*, 62(1), 115-126. doi: 10.1111/j.1742-1241.2007.01638.x
- Holdgate, A., Asha, S., Craig, J. & Thompson, J. (2003) Comparison of a verbal numeric rating scale with the visual analogue scale for the measurement of acute pain. *Emergency Medicine*, 15, 441-446.
- Holmes, T. H., & Rabe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-18.
- Horowitz, L.M. (2004). *Interpersonal foundations of psychopathology*. Washington DC: APA.
- Hudek-Knezevik, J. & Kardum, I. (2009). Five-factor personality dimensions and 3 health-related personality constructs as predictors of health. *Croatian Medical Journal*, 50, 394-402. doi:10.3325/cmj.2009.50.394
- Hughes, D. N. (1999). *Gaining voice through stories: The lives of women with fibromyalgia*. (Unpublished master's thesis). University of Colorado, U.S.A.
- Huijjer, H. (2010). Chronic pain- a review. *Lebanese Medical Journal*, 58 (1), 21-27.

- Humphreys, J., Cooper, B. A., & Miaskowski, C. (2010). Differences in depression, posttraumatic stress disorder, and lifetime trauma exposure in formerly abused women with mild versus moderate to severe chronic pain. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(12), 2316-38. doi: 10.1177/0886260509354882
- Hutchinson, J. G., & Williams, P. G. (2007). Neuroticism, daily hassles, and depressive symptoms: An examination of moderating and mediating effects. *Personality and Individual Differences*, 42(7), 1367-1378. doi: 10.1016/j.paid.2006.10.014
- Igarashi, H., Hasui, C., Uji, M., Shono, M., Nagata, T., & Kitamura, T. (2010). Effects of child abuse history on borderline personality traits, negative life events, and depression: A study among a university student population in Japan. *Psychiatry Research*, 180(2-3), 120-5. doi: 10.1016/j.psychres.2010.04.029
- Imbierowicz, K., & Egle, U. T. (2003). Childhood adversities in patients with fibromyalgia and somatoform pain disorder. *European Journal of Pain*, 7(2), 113-9. doi: 10.1016/S1090-3801(02)00072-1
- Inanici, F., & Yunus, M. B. (2004). History of fibromyalgia: Past to present. *Current Pain and Headache Reports*, 8(5), 369-378.
- International Association for the Study of Pain (2011). Retirado de <http://www.iasp-pain.org//AM/Template.cfm?Section=Home>.
- Jackson, H. J., & Burgess, P. M. (2002). Personality disorders in the community : results from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing Part II. Relationships between personality disorder, Axis I mental disorders and physical conditions with disability and health consultations. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(6), 251-260.
- Jensen, K. B., Kosek, E., Petzke, F., Carville, S., Fransson, P., Marcus, H., . . . Ingvar, M. (2009). Evidence of dysfunctional pain inhibition in fibromyalgia reflected in rACC during provoked pain. *Pain*, 144(1-2), 95-100. doi: 10.1016/j.pain.2009.03.018
- Jiménez-Jiménez, F. J., Santos, J., Zancada, F., & Molina, J. A. (1992). 'Premorbid' personality of patients with Parkinson's disease. *Acta Neurologica*, 14(3), 208-214.
- Johannsson, V. (1993). Does a fibromyalgia personality exist?. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 1(3-4), 245-252.
- Johnson, A. L., Storzbach, D., Binder, L., Barkhuizen, A., Anger, W., Salinsky, M., ...Rohlman, D. (2010). MMPI-2 profiles: Fibromyalgia patients compared to epileptic and non-epileptic seizure patients. *The Clinical Neuropsychologist*, 24(2), 220-34. doi: 10.1080/13854040903266902
- Kanaan, R. A., Lepine, J. P., & Wessely, S. C. (2007). The association or otherwise of the functional somatic syndromes. *Psychosomatic Medicine*, 69(9), 855-859. doi: 10.1097/PSY.0b013e31815b001a
- Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C., & Lazarus, R. S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 1-39.
- Kardum, I. (2009). Five-factor personality dimensions and 3 health- related personality constructs as predictors of health. *Public Health*, 394-403. doi: 10.3325/cmj.2009.50.394
- Keller, L. S., & Butcher, J. N. (1991). *Assessment of chronic pain patient with the MMPI-2*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Kendall-Tackett, K. (2002). The health effects of childhood abuse: Four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse & Neglect*, 26(6-7), 715-29. doi: 10.1016/S0145-2134(02)00343-5

- Kendall-Tackett, K., Marshall, R., & Ness, K. (2003). Chronic pain syndromes and violence against women. *Women & Therapy*, 26(1-2), 45-56. doi: 10.1300/J015v26n01_03.
- Kendler, K. S, Thornton, L. M., & Gardner, C. O. (2000). Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: An evaluation of the “kindling” hypothesis. *The American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1243-51. doi: 10.1176/appi.ajp.157.8.1243
- Kendler, K. S, Thornton, L. M., & Gardner, C. O. (2001). Genetic risk, number of previous depressive episodes, and stressful life events in predicting onset of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 582-6. doi: 10.1176/appi.ajp.158.4.582
- Kendler, K.S., Gardner, C.O., & Prescott, C.A. (2003). Personality and the experience of environmental adversity. *Psychological Medicine*, 33, 1193-1202. doi: 10.1017/S0033291703008298
- Kendler, K. S, Karkowski, L. M., & Prescott, C. A. (1999). Causal relation between stressful life events and the onset of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 156, 837-841.
- Kendler, K.S., & Karkowski-Shuman, L. (1997). Stressful life events and genetic liability to major depression: genetic control of exposure to the environment?. *Psychological Medicine*, 27, 539-547. doi: 10.1017/S0033291797004716
- Kern, M. L., & Friedman, H. S. (2011). Personality and pathways of influence on physical health. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 76-87. doi:10.1111/j.1751-9004.2010.00331.x
- Kessler, R. C., Davis, C. G. & Kendler, K. S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US national comorbidity survey. *Psychological Medicine*, 27, 1101-1119. doi: 10.1017/S0033291797005588
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A, Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A, Zaslavsky, A. M., ...Williams, D.R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 378-85. doi:10.1192/bjp.bp.110.080499
- Kimerling, R., Clum, G. A, & Wolfe, J. (2000). Relationships among trauma exposure, chronic posttraumatic stress disorder symptoms, and self-reported health in women: Replication and extension. *Journal of Traumatic Stress*, 13(1), 115-28. doi: 10.1023/A:1007729116133
- Kinney, R. K., Gatchel, R. J., Polatin, P. B., Fogarty, W. T., & Mayer, T. G. (1993). Prevalence of psychopathology in acute and chronic low back pain patients. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 3(2), 95-103.
- Korotkov, D., & Hannah, T. E. (2004). The five-factor model of personality : Strengths and limitations in predicting health status, sick-role and illness behaviour. *Personality and Individual Differences*, 36, 187-199. doi: 10.1016/S0191-8869(03)00078-3
- Kuiper, N. A., & Borowicz-Sibenik, M. (2005). A good sense of humor doesn't always help: agency and communion as moderators of psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 38(2), 365-377. doi: 10.1016/j.paid.2004.04.015
- Kvale, A., Ellertsen, B., & Skouen, J. (2001). Relationships between physical findings (GPE-78) and psychological profiles (MMPI-2) in patients with long-lasting musculoskeletal pain. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55, 177-184. doi: 10.1080/08039480152036056

- Lahey, B. (2007). Public health significance of neuroticism. *American Psychologist*, 64 (4), 241-256. doi: 10.1037/a0015309
- Lalande, K. M., & Bonanno, G. A. (2011). Retrospective memory bias for the frequency of potentially traumatic events: A prospective study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(2), 165-170. doi: 10.1037/a0020847
- Lamin, C. B. (1997). *Psychological factors in peptic ulcer disease as measured by the Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. Retirado de ProQuest Information & Learning. (AAM9702836)
- Lampe, A., Doering, S., Rumpold, G., Solder, E., Krismer, M., Kantner-Rumplmair, W., ... Sollner, W. (2003). Chronic pain syndromes and their relation to childhood abuse and stressful life events. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(4), 361-367. doi: 10.1016/S0022-3999(02)00399-9
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. U.S.A.: McGraw-Hill.
- Lempp, H. K., Hatch, S. L., Carville, S. F., & Choy, E. H. (2009). Patients' experiences of living with and receiving treatment for fibromyalgia syndrome: a qualitative study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 10, 124. doi: 10.1186/1471-2474-10-124. Retirado de www.biomedcentral.com/1471-2474/10/124
- Leon, G. R., Finn, S. E., Murray, D., & Bailey, J. M. (1988). Inability to predict cardiovascular disease from hostility scores or MMPI items related to type A behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(4), 597-600.
- Linares, M. C. U., Ruiz-Perez, I., Perez, M. J. B., Labry-Lima, A. O., Hernandez-Torres, E., & Plazaola-Castano, J. (2008). Analysis of the impact of fibromyalgia on quality of life: Associated factors. *Clinical Rheumatology*, 27(5), 613-619. doi: 10.1007/s10067-007-0756-1
- Linton, S.J, Lardén, M., & Gillow, A.M. (1996). Sexual abuse and chronic musculoskeletal pain: Prevalence and psychological factors. *The Clinical Journal of Pain*, 12(3), 215-21.
- Linton, S. J. (1997). A population-based study of the relationship between sexual abuse and back pain: Establishing a link. *Pain*, 73(1), 47-53. doi: 10.1016/S0304-3959(97)00071-7
- Linton, S. J. (2002). A prospective study of the effects of sexual or physical abuse on back pain. *Pain*, 96(3), 347-51. doi: 10.1016/S0304-3959(01)00480-8
- Lousberg, L., Groenman, N., & Schmidt (1996). Profile characteristics of the MPI-DLV clusters of pain patients. *Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 161-167. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679
- Lundberg, G., Anderberg, U. M., & Gerdle, B. (2009). Personality features in female fibromyalgia syndrome. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 17(2), 117-130. doi: 10.1080/10582450902820531
- Madden, S., & Sim, J. (2006). Creating meaning in fibromyalgia syndrome. *Social Sciences & Medicine*, 63(11), 2962-2973. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.06.020
- Magnus, K., Diener, E., Fujita, F., & Pavot, W. (1993). Extraversion and neuroticism as predictors of objective life events: A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(5), 1046-53.
- Maia, A., Guimarães, C., Magalhães, E., Capitão, L., Campos, M., & Capela, S. (2006). Experiências adversas e funcionamento actual: Um estudo com jovens portugueses. In *IV Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp.54-73). Lisboa: Associação Portuguesa de Psicologia.

- Malin, K., & Littlejohn, G. O. (2012). Personality and fibromyalgia syndrome. *The Open Rheumatology Journal*, 6, 273-85. doi:10.2174/1874312901206010273
- Malinchoc, M., Rocca, W. A., Colligan, R. C., Offord, K. P., & Kokmen, E. (1997). Premorbid personality characteristics in alzheimer's disease: an exploratory case-control study. *European Journal of Neurology*, 4(3), 227-230. doi: 10.1111/j.1468-1331.1997.tb00339.x
- Malt, E. A., Olafsson, S., Lund, A., & Ursin, H. (2002). Factors explaining variance in perceived pain in women with fibromyalgia. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 3(12). doi: 10.1186/1471-2474-3-12. Retirado de <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/3/12>
- Mansfield, E. D., & McAdams, D. P. (1996). Generativity and themes of agency and communion in adult autobiography. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(7), 721-731. doi: 10.1177/0146167296227006
- March, J. S. (1993). What constitutes a stressor? The criterion A issue. In J.R.T. Davidson & E. B. Foa (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: DSM IV and beyond* (pp.37-54). Washington DC: American Psychiatry Press.
- Marques, A., Rhoden, L., Siqueira, J., & João, S. (2001). Pain evaluations of patients with fibromyalgia, osteoarthritis, and low back pain. *Revista do Hospital das Clínicas Faculdade de Medicina de S. Paulo*, 56(1), 5-10. doi: 10.1590/S0041-87812001000100002
- Martín, M. J., Luque, M., Solé, P., Mengual, A., & Granados, J. (2000). Aspectos psicológicos de la fibromialgia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 27(1), 12-18.
- Martin-McAllen, A. (1997). *An exploratory study to identify if personality traits differ among women with fibromyalgia and women without fibromyalgia*. (Dissertação de doutoramento). Disponível em ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI nº 9813151)
- Masters, K. S., Shearer, D. S., Ogles, B. M., & Schleusener, R. L. (2003). Presurgical MMPI-2 cluster profiles predict 1-year low-back surgery outcomes. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 10(4), 279-288. doi: 10.1023/A:1026301420769
- McAdams, D. P. (2001). *Coding systems for themes of agency and communion*. Retirado de Northwestern University, Foley Center for the Study of Lives website: <http://www.sesp.northwestern.edu/foley/instruments/agency/>
- McAdams, D. P. (1995). *The life story interview*. Retirado de Northwestern University, Foley Center for the Study of Lives website: <http://www.sesp.northwestern.edu/foley/instruments/interview/>
- McAdams, D. P. (1996). Personality, modernity, and the storied self: A contemporary framework for studying persons. *Psychological Inquiry*, 7(4), 295-321. doi: 10.2307/1448813.
- McAdams, D. P. (2001). *The person- an integrated introduction to personality psychology* (3rd Ed.). New York: John Wiley and Sons, Inc.
- McAdams, D. P., Anyidoho, N. A., Brown, C., Huang, Y. T., Kaplan, B., & Machado, M. A. (2004). Traits and stories: Links between dispositional and narrative features of personality. *Journal of Personality*, 72(4), 761-84. doi: 10.1111/j.0022-3506.2004.00279.x
- McAdams, D. P., Bauer, J. J., Sakaeda, A. R., Anyidoho, N. A., Machado, M. A., Magrino-Failla, K.,...Pals, J. L. (2006). Continuity and change in the life story: a

- longitudinal study of autobiographical memories in emerging adulthood. *Journal of Personality*, 74(5), 1371-400. doi: 10.1111/j.1467-6494.2006.00412.x
- McAdams, D.P., Hoffman, B.J., Mansfield, E.D., & Day, R. (1996). Themes of agency and communion in significant autobiographical scenes. *Journal of Personality*, 64(2), 339-377. doi: 10.1111/j.1467-6494.1996.tb00514.x
- McBeth, J., Macfarlane, G. J., Benjamin, S., Morris, S., & Silman, A. J. (1999). The association between tender points, psychological distress, and adverse childhood experiences: a community-based study. *Arthritis & Rheumatism*, 42(7), 1397-404. doi: 10.1002/1529-0131(199907)42:7
- McBeth, J., Morris, S., Benjamin, S., Silman, A.J. & Mcfarlane, G.J. (2001). Associations between adverse events in childhood and chronic widespread pain in adulthood: Are they explained by differential recall?. *Journal of Rheumatology*, 28, 2305-9.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 81-90.
- McCrae, R. R., Costa, P. T., Ostendorf, F., Angleitner, A., Hrebickova, M., Avia, M. D., Smith, P.B. (2000). Nature over nurture: Temperament, personality, and life span development. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(1), 173-186.
- McFarlane, A., Clark, C., Bryant, R., Williams, L., Niaura, R., Paul, R., ...Stroud, L. (2005). The impact of early life stress on psychophysiological, personality and behavioral measures in 740 non-clinical subjects. *Journal of Integrative Neuroscience*, 4(1), 27-40. doi: 10.1142/S0219635205000689
- McGill, J.C., Lawlis, F., Selby, D., Mooney, V., & McCoy, C.E. (1983). The relationship of Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) profile clusters to pain behaviors. *Journal of Behavioral Medicine*, 6(1), 77-92.
- McGue, M., Bacon, S., & Lykken, D. T. (1993). Personality stability and change in early adulthood: A behavioral genetic analysis. *Developmental Psychology*, 29(1), 96-109. doi: 10.1037//0012-1649.29.1.96
- McLaughlin, K. A., Conron, K. J., Koenen, K. C., & Gilman, S. E. (2010). Childhood adversity, adult stressful life events, and risk of past-year psychiatric disorder: A test of the stress sensitization hypothesis in a population-based sample of adults. *Psychological Medicine*, 40(10), 1647-1658. doi: 10.1017/S0033291709992121
- McLean, S. A., Clauw, D. J., Abelson, J. L., & Liberzon, I. (2005). The development of persistent pain and psychological morbidity after motor vehicle collision: Integrating the potential role of stress response systems into a biopsychosocial model. *Psychosomatic Medicine*, 67(5), 783-90. doi: 10.1097/01.psy.0000181276.49204.bb
- McLean, S. A., Williams, D. A., & Clauw, D. J. (2005). Fibromyalgia after motor vehicle collision: Evidence and implications. *Traffic Injury Prevention*, 6(2), 97-104. doi: 10.1080/15389580580590931545
- McWilliams, L., Cox, B., & Enns, M. (2003). Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: An examination in a nationally representative sample. *Pain*, 106(1-2), 127-133. doi: 10.1016/S0304-3959(03)00301-4
- Melzack, R. (2001). Pain and the neuromatrix in the brain. *Journal of Dental Education*, 65 (12), 1378-1382
- Melzack, R. & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150, 971-979. doi: 10.1126/science.150.3699.971

- Middeldorp, C. M., Cath, D. C., Beem, A. L., Willemsen, G., & Boomsma, D. I. (2008). Life events, anxious depression and personality: A prospective and genetic study. *Psychological Medicine*, 38(11), 1557-65. doi: 10.1017/S0033291708002985
- Moeller, T. P., Bachmann, G. A., Moeller, J. R. (1993). The combined effects of physical, sexual, and emotional abuse during childhood: Long-term health consequences for women. *Child Abuse & Neglect*, 17(5), 623-640. doi: 10.1016/0145-2134(93)90084-I
- Miner, M., Flitter, J. M., & Robinson, B. B. (2006). Association of sexual revictimization with sexuality and psychological function. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(4), 503-524. doi: 10.1177/0886260505285913
- Mohan, H., Ryan, J., Whelan, B., & Wakai, A. (2010). The end of the line? The Visual Analogue Scale and Verbal Numerical Rating Scale as pain assessment tools in the emergency department. *Journal of Emergency Medicine*, 27, 372-375. doi: 10.1136/emj.2007.048611
- Molnar, B. E., Buka, S. L., & Kessler, R. C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, 91(5), 753-760.
- Monti, D. A., Herring, C. L., Schwartzman, R. J., & Marchese, M. (1998). Personality assessment of patients with Complex Regional Pain Syndrome Type I. *The Clinical Journal of Pain*, 14(4), 295-302.
- Moore, J., Armentrout, D., Parker, J., & Kivlahan, D. (1986). Empirically derived pain-patient MMPI subgroups: prediction of treatment outcome. *Journal of Behavioral Medicine*, 9(1), 51-63.
- Moran, P., Coffey, C., Chanen, A., Mann, A., Carlin, J. B., & Patton, G. C. (2010). Childhood sexual abuse and abnormal personality: A population-based study. *Psychological Medicine*, 1-8. doi: 10.1017/S0033291710001789
- Mulvihill, D. (2005). The health impact of childhood trauma: An interdisciplinary review, 1997-2003. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 28(2), 115-36. doi: 10.1080/01460860590950890
- Naliboff, B. D., McCreary, C. P., McArthur, D. L., & Cohen, M. J. (1988). MMPI changes following behavioral treatment of chronic low back pain. *Pain*, 35(3), 271-277. doi: 10.1016/0304-3959(88)90137-6
- Näring, G., Van Lankveld, W., & Geenen, R. (2007). Somatoform dissociation and traumatic experiences in patients with rheumatoid arthritis and fibromyalgia. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 25(6), 872-877.
- Netta, H., Klomek, A. B., & Apter, A. (2008). Stressful life events and major depressive disorders. *Psychiatry Research*, 160(2), 192-199. doi: 10.1016/j.psychres.2007.06.008
- Neumann, L., Berzak, A., & Buskila, D. (2000). Measuring health status in Israeli patients with fibromyalgia syndrome and widespread pain and healthy individuals: utility of the short form 36-item health survey (SF-36). *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 29(6), 400-408.
- Nickel, R., Egle, U. T., & Hardt, J. (2002). Are childhood adversities relevant in patients with chronic low back pain? *European Journal of Pain*, 6(3), 221-8. doi: 10.1053/eujp.2001.0336
- Nitch, S. R., & Boone, K. B. (2004). Normal personality correlates of chronic pain subgroups. *Journal of Clinical Psychology*, 11(3), 203-209.

- Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma : Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(3), 409-418.
- Oliveira, P. (2008). *Variáveis psicossociais e fibromialgia* (Dissertação de doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia da Universidade do Porto, Porto.
- Oliveira, P., Monteiro, P., Coutinho, M., Salvador, M., Costa, M. & Malcata, A. (2009). Qualidade de vida e vivência da dor crónica nas doenças reumáticas. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 34, 511-519.
- Olsson, I., & Dahl, A. A. (2009). Personality problems are considerably associated with somatic morbidity and health care utilisation. *European Psychiatry*, 24(7), 442-9. doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.05.004
- Ormel, J., & Wohlfarth, T. (1991). How neuroticism, long-term difficulties, and life situation change influence psychological distress: a longitudinal model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(5), 744-55.
- Os, J., Park, S., & Jones, P. (2001). Neuroticism, life events and mental health: evidence for person--environment correlation. *The British Journal of Psychiatry*, 178(40), 72s-77. doi: 10.1192/bjp.178.40.s72
- Oswald, J., Salemi, S., Michel, B. A., & Sprott, H. (2008). Use of the short-form-36 health survey to detect a subgroup of fibromyalgia patients with psychological dysfunction. *Clinical Rheumatology*, 27(7), 919-921. doi: 10.1007/s10067-008-0874-4
- Pae C. U., Masand, P. S., Marks, D. M., Krulewicz, S., Han, C., Peindl, K., ... Patkar, A. (2009). History of early abuse as a predictor of treatment response in patients with fibromyalgia: A post-hoc analysis of a 12-week, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of paroxetine controlled release. *The World Journal of Biological Psychiatry*; 10(4), 435-41. doi:10.1080/15622970902789155
- Paice, J. A., & Cohen, F. (1997). Validity of a verbally administered numeric rating scale to measure cancer pain intensity. *Cancer Nursing*. 20(2), 88-93. doi: 10.1097/00002820-199704000-00002
- Pais-Ribeiro, J. (2005). *O importante é a saúde: estudo de adaptação de um instrumento para avaliar o estado de saúde*. Lisbon: Merck Foundation.
- Papagni, S. A., Benetti, S., Arulanantham, S., McCrory, E., McGuire, P., & Mechelli, A. (2011). Effects of stressful life events on human brain structure: A longitudinal voxel-based morphometry study. *Stress*, 14(2), 227-232. doi: 10.3109/10253890.2010.522279
- Paras, M. L., Murad, M. H., Chen, L. P., Goranson, E. N., Sattler, A. L., Colbenson, K. M.,..., Zirakzadeh, A. (2009). Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 302(5), 550-61. doi: 10.1001/jama.2009.1091
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136(2), 257-301. doi: 10.1037/a0018301
- Parks, S., Kim, K., Day, N., Garza, M., & Larkby, C. (2010). Lifetime self-reported victimization among low-income, urban women: The relationship between childhood maltreatment and adult violent victimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(6), 1111-28. doi: 10.1177/0886260510368158
- Payne, T., Leavitt, F., Garron, D., Katz, R., Golden, H., Glickman, P., & Vanderplate, C. (1982). Fibrositis and psychologic disturbance. *Arthritis & Rheumatism*,

- 25(2), 213-217. doi: 10.1002/art.1780250216
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 328-338. doi: 10.1016/j.cpr.2009.02.007
- Pérez-Pareja, J., Sesé, A., González-Ordi, H., & Palmer, A. (2010). Fibromyalgia and chronic pain : Are there discriminating patterns by using the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)? *International Journal of Health Psychology*, 10, 41-56.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J.N. (2005). *Análise de dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS*. 4ª edição. Lisboa: Editora Sílabo.
- Petzke, F., Clauw, D. J., Ambrose, K., Khine, A., & Gracely, R. H. (2003). Increased pain sensitivity in fibromyalgia: effects of stimulus type and mode of presentation. *Pain*, 105(3), 403-413. doi: 10.1016/s0304-3959(03)00204-5
- Pincus, T., Callahan, L.F., Bradley, L.A., Vaughn, W.K., & Wolfe, F. (1986). Elevated MMPI scores for hypochondriasis, depression, and hysteria in patients with rheumatoid arthritis reflect disease rather than psychological status. *Arthritis & Rheumatism*, 29 (12), 1456 – 1466. doi: 10.1002/art.1780291206
- Piro, M., Zeldow, P. B., Knight, S. J., Mytko, J. J., & Gradishar, W. J. (2001). The relationship between agentic and communal personality traits and psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 8(4), 263-271. doi: 10.1023/A:1011916813171
- Plomin, R., & Nesselroade, J. R. (1990). Behavioral genetics and personality change. *Journal of Personality*, 58(1), 191-220. doi: 10.1111/j.1467-6494.1990.tb00913.x
- Polatin, P. B., Kinnedy, R. K., Gatchel, R. J., Lillo, E., & Mayer, T. G. (1993). Psychiatric illness and chronic low-back pain: The mind and the spine-which goes first?. *Spine*, 18(1), 66-71.
- Porter-Moffitt, S., Gatchel, R. J., Robinson, R. C., Deschner, M., Posamentier, M., Polatin, P., & Lou, L. (2006). Biopsychosocial profiles of different pain diagnostic groups. *The Journal of Pain*, 7(5), 308-18. doi: 10.1016/j.jpain.2005.12.003
- Powers, A. D. & Oltmanns, T. F. (2012). Personality disorders and physical health: A longitudinal examination of physical functioning, healthcare utilization, and health-related behaviors in middle aged adults. *Journal of Personality Disorders*, 26(4), 524-538. doi: 10.1521/pedi.2012.26.4.524
- Quartilho, M. (1999). *Fibromialgia e somatização* (Dissertação de doutoramento não publicada). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Rahe, R. H. (1993). Acute versus chronic post-traumatic stress disorder. *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 28(1), 46-56.
- Raphael, K. G. (2006). Fibromyalgia syndrome: a role for sexual abuse and other traumatic events ? *Primary Psychiatry*, 13 (9), 61-65.
- Raphael, K. G, Widom, C. S., & Lange, G. (2001). Childhood victimization and pain in adulthood: a prospective investigation. *Pain*, 92(1-2), 283-93. doi: 10.1016/S0304-3959(01)00270-6
- Raphael, K. G, Chandler, H. K., & Ciccone, D. S. (2004). Is childhood abuse a risk factor for chronic pain in adulthood? *Current Pain and Headache Reports*, 8(2), 99-110.
- Raphael, K. G, Janal, M. N., & Nayak, S. (2004). Comorbidity of fibromyalgia and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of women. *Pain Medicine*, 5(1), 33-41. doi: 10.1111/j.1526-4637.2004.04003.x
- Raphael, K., Natelson, B., Janal, M., & Nayak, S. (2002). A community-based survey of

- fibromyalgia-like pain complaints following the World Trade Center terrorist attacks. *Pain*, 100(1/2), 131. doi: 10.1016/S0304-3959(02)00273-7
- Reich, J. (1986). The relationship between early life events and DSM III personality disorders. *Hillside Journal of Clinical Psychiatry*, 8(2), 164-173.
- Reich, J., Tupin, J., & Abramowitz, S. (1983). Psychiatric diagnosis of chronic pain patients. *The American Journal of Psychiatry*, 140(11), 1495-1498.
- Reid, K. J., Harker, J., Bala, M. M., Truyers, C., Kellen, E., Bekkering, G. E., & Kleijnen, J. (2011). Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: Narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. *Current Medical Research and Opinion*, 27(2), 449-462. doi: 10.1185/03007995.2010.545813
- Revello, M. P., Monasterolo, S., Schieronì, M. P., Albert, U., Maina, G., Modena, V., & Bogetto, F. (2009). La sindrome fibromialgica: Eventi di vita correlati all' esordio e comorbidità di Asse I. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 15, 367-374.
- Riley, J. L., & Robinson, M. E. (1998). Validity of MMPI-2 profiles in chronic back pain patients: Differences in path models of coping and somatization. *The Clinical Journal of Pain*, 14(4), 324-335.
- Riley, J.L., Robinson, M.E., Geisser, M.E., & Wittmer, V.T. (1993). Multivariate cluster analysis of the MMPI-2 in chronic low-back pain patients. *The Clinical Journal of Pain*, 9(4), 248-52.
- Riley, J. L., Robinson, M. E., Geisser, M. E., Wittmer, V. T., & Smith, A. G. (1995). Relationship between MMPI-2 cluster profiles and surgical outcome in low-back pain patients. *Journal of Spinal Disorders*, 8(3):213-9.
- Roberts, B., Walton, K., & Viechtbauer, W. (2006). Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 132(1), 1-25. doi: 10.1037/0033-2909.132.1.1
- Roberts, B., Wood, D., & Smith, J. (2005). Evaluating five factor theory and social investment perspectives on personality trait development. *Journal of Research in Personality*, 39(1), 166-184. doi: 10.1016/j.jrp.2004.08.002
- Rodham, K., Rance, N., & Blake, D. (2010). A qualitative exploration of carers' and 'patients' experiences of fibromyalgia: one illness, different perspectives. *Musculoskeletal Care*, 8(2), 68-77. doi: 10.1002/msc.167
- Romans, S., Belaise, C., Martin, J., Morris, E., & Raffi, A. (2002). Childhood abuse and later medical disorders in women: an epidemiological study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(3):141-50. doi: 10.1159/000056281
- Rook, J. C., Pesch, R. N. & Keeler, E. C. (1981). Chronic pain and the questionable use of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 62(8), 373-6.
- Rosado, M., Pereira, J., Fonseca, J. & Branco, J. (2006). Adaptação cultural e validação do "Fibromyalgia Impact Questionnaire"- versão portuguesa. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 31, 157-165.
- Rose, S., Cottencin, O., Chouraki, V., Wattier, J. M., Houvenagel, E., Vallet, B., & Goudemand, M. (2009). Study on personality and psychiatric disorder in fibromyalgia. *Presse Médicale*, 38(5), 695-700. doi: 10.1016/j.lpm.2008.11.013
- Rosen, J., Frymoyer, J., & Clements, J. (1980). A further look at validity of the MMPI with low back patients. *Journal of Clinical Psychology*, 36, 4, 994-1000. doi: 10.1002/1097-4679(198010)
- Roy, A. (2002). Childhood trauma and neuroticism as an adult: Possible implication for the development of the common psychiatric disorders and suicidal behavior. *Psychological Medicine*, 32,1471-1474. doi: 10.1017/S0033291702006566

- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Cáliz-Cáliz, R., Rodríguez-Calvo, I., García-Sánchez, A., Ferrer-González, M., ...García, I. L. (2009). Risk factors for fibromyalgia: The role of violence against women. *Clinical Rheumatology*, 28(7), 777-786. doi: 10.1007/s10067-009-1147-6
- Russell, I. J. (2009). Personality subgroups in the fibromyalgia syndrome. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 17(2), 114-116. doi: 10.1080/10582450902821018
- Salaffi, F., Puttini, P. S., Girolimetti, R., Atzeni, F., Gasparini, S., & Grassi, W. (2009). Health-related quality of life in fibromyalgia patients: a comparison with rheumatoid arthritis patients and the general population using the SF-36 health survey. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 27(5), S67-S74.
- Sallinen, M., Kukkurainen, M. L., Peltokallio, L., & Mikkelsen, M. (2010). Women's narratives on experiences of work ability and functioning in fibromyalgia. *Musculoskeletal Care*, 8(1), 18-26. doi: 10.1002/msc.162
- Sansone, R. A., Pole, M., Dakroub, H., & Butler, M. (2006). Childhood trauma, borderline personality symptomatology, and psychophysiological and pain disorders in adulthood. *Psychosomatics*, 47(2), 158-62. doi: 10.1176/appi.psy.47.2.158
- Sansone, R. A., Whitecar, P., Meier, B. P., & Murry, A. (2001). The prevalence of borderline personality among primary care patients with chronic pain. *General Hospital Psychiatry*, 23, 193-197. doi: 10.1016/S0163-8343(01)00148-7
- Saragovi, C., Aube, J., Koestner, R., & Zuroff, D. (2002). Traits, motives, and depressive styles as reflections of agency and communion. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(5), 563-577. doi: 10.1177/0146167202288001
- Sarason, I. G., Johnson, J. H., & Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: Development of the Life Experiences Survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(5), 932-946.
- Satalino, A. (2008). *Personality traits, perceived stress and coping styles in patients with chronic Lyme disease and fibromyalgia*. U.S.A.: Walden University.
- Schneiderman, N., Ironson, G., & Siegel, S. D. (2005). Stress and health: Psychological, behavioral, and biological determinants. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 607-28. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144141
- Schlenk, E. A., Erlen, J. A., Dunbar-Jacob, J., McDowell, J., Engberg, S., Sereika, S. M., . . . Bernier, M. J. (1998). Health-related quality of life in chronic disorders: A comparison across studies using the MOS SF-36. *Quality of Life Research*, 7(1), 57-65. doi: 10.1023/A:1008836922089
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138, 32-32.
- Shalev, A. Y. (1996). Stress versus traumatic stress: From acute homeostatic reactions to chronic psychopathology. In B.A. Van der Kolk, A.C. McFarlane & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress and the effects of overwhelming experience on mind, body and society* (pp.77-101). New York: The Guildford Press.
- Sharp, T. & Harvey, A. (2001). Chronic pain and posttraumatic stress disorder: Mutual maintenance? *Clinical Psychology Review*, 21(6), 857-77.
- Sherman, J. J., Turk, D. C., & Okifuji, A. (2000). Prevalence and impact of posttraumatic stress disorder-like symptoms on patients with fibromyalgia syndrome. *The Clinical Journal of Pain*, 16(2), 127-134.
- Sherman, R., Camfield, M., & Arena, J. (1995). The effect of presence or absence of low back pain on the MMPI's conversion V. *Military Psychology*, 7(1), 29-38.
- Shipley, B., Weiss, A., Der, G., Taylor, M., & Deary, I. (2007). Neuroticism, extraversion, and mortality in the UK health and lifestyle survey : a 21-year

- prospective cohort study. *Psychosomatic Medicine*, 69, 923-931. doi: 10.1097/PSY.0b013e31815abf83
- Siegler, I. C. (2003). Patterns of change in hostility from college to midlife in the UNC alumni heart study predict high-risk status. *Psychosomatic Medicine*, 65(5), 738-745. doi: 10.1097/01.PSY.0000088583.25140.9C
- Silva, D., Novo, R., Prazeres, N., Pires, R. & Mourão, B. (2006). *Questionário de Acontecimentos de Vida- Versão para Adultos* [Adaptação d Revised Social Reajustment Scale (Holmes & Rahe, 1967)]. Manuscrito não publicado, Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Portugal.
- Slesinger, D., Archer, R. P., & Duane, W. (2002). MMPI-2 characteristics in a chronic pain population. *Assessment*, 9(4), 406-414. doi: 10.1177/1073191102238153
- Smith, B. W., Papp, Z. Z., Tooley, E. M., Montague, E. Q., Robinson, A. E., & Cosper, C. J. (2009). Traumatic events, perceived stress and health in women with fibromyalgia and healthy controls. *Stress and Health*, 26(1), 83-93. . doi: 10.1002/smi.1269
- Smith, J.A. & Osborn, M. (2003). Interpretative phenomenological analysis. In J.A. Smith (Ed.), *Qualitative psychology: A pratical guide to research methods* (pp. 51-80). London: Sage.
- Smith, T. W. (2006). Personality as risk and resilience in physical health. *Current Directions in Psychological Science*, 15(5), 227-232. doi: 10.1111/j.1467-8721.2006.00441.x
- Souza, J. B., Goffaux, P., Julien, N., Potvin, S., Charest, J., & Marchand, S. (2009). Fibromyalgia subgroups: profiling distinct subgroups using the Fibromyalgia Impact Questionnaire. A preliminary study. *Rheumatology International*, 29(5), 509-515. doi: 10.1007/s00296-008-0722-5
- Specht, J., Egloff, B., & Schmukle, S. C. (2011). Stability and change of personality across the life course: The impact of age and major life events on mean-level and rank-order stability of the big five. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(4), 862-882. doi: 10.1037/a0024950
- Spieß, A. M. (2003). *Women with fibromyalgia syndrome (FM): Relationship of abuse and trauma, anxiety and coping skills on FM impact on life* (Dissertação de doutoramento). Retirado de <http://www.ohiolink.edu/etd>
- Srivastava, S., John, O. P., Gosling, S. D., & Potter, J. (2003). Development of personality in early and middle adulthood: Set like plaster or persistent change? *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(5), 1041-1053. doi: 10.1037/0022-3514.84.5.1041
- Staud, R., Vierck, C. J., Cannon, R. L., Mauderli, A. P., & Price, D. D. (2001). Abnormal sensitization and temporal summation of second pain (wind-up) in patients with fibromyalgia syndrome. *Pain*, 91(1-2), 165-175. doi: 10.1016/S0304-3959(00)00432-2
- Stephens, C. (2011). Narrative analysis in health psychology research: Personal, dialogical and social stories of health. *Health Psychology Review*, 5(1), 62-78. doi: 10.1080/17437199.2010.543385
- Sternbach, R.A., & Timmermans, G. (1975). Personality changes associated with reduction of pain. *Pain*, 1(2), 177-181. doi: 10.1016/0304-3959(75)90101-3
- Strassberg, D. S., Tilley, D., Bristqne, S., & Oei, T. P. S. (1992). The MMPI and chronic pain: A cross-cultural view. *Psychological Assessment*, 4(4), 493-497. doi: 10.1037/1040-3590.4.4.493
- Strombeck, B., Ekdahl, C., Manthorpe, R., Wikstrom, I., & Jacobsson, L. (2000).

- Health-related quality of life in primary Sjogren's syndrome, rheumatoid arthritis and fibromyalgia compared to normal population data using SF-36. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 29(1), 20-28. doi: 10.1080/030097400750001761
- Sukenik, S., Abu-Shakra, M., & Flusser, D. (2008). Physical trauma and fibromyalgia-- is there a true association?. *Harefuah*, 147(8-9), 712-716.
- Sutin, A. R., Costa, P. T., Wethington, E., & Eaton, W. (2010). Turning points and lessons learned: Stressful life events and personality trait development across middle adulthood. *Psychology and Aging*, 25(3), 524-33. doi: 10.1037/a0018751
- Tak, L. M., Cleare, A. J., Ormel, J., Manoharan, A., Kok, I. C., Wessely, S., & Rosmalen, J. G. (2011). Meta-analysis and meta-regression of hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity in functional somatic disorders. *Biological Psychology*, 87(2), 183-194. doi: 10.1016/j.biopsycho.2011.02.002
- Tander, B., Cengiz, K., Alayli, G., Ilhanli, I., Canbaz, S., & Canturk, F. (2008). A comparative evaluation of health related quality of life and depression in patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. *Rheumatology International*, 28(9), 859-865. doi: 10.1007/s00296-008-0551-6
- Taylor, M.L., Trotter, D.R., & Czuka, M.E. (1995). The prevalence of sexual abuse in women with fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 38(2), 229-234. doi: 10.1002/art.1780380211
- Tevens, W. E. (2003). *Enigmatic illness and the wounded self: A study of women with fibromyalgia and chronic fatigue syndromes*. Canada: Thesis (Ed.D.)- University of Toronto.
- Thakkar, R. & McCanne, T. (2000). The effects of daily stressors on physical health in women with and without a childhood history of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 24(2), 209-221. doi: 10.1016/S0145-2134(99)00129-5
- Thieme, K., Turk, D. C., & Flor, H. (2004). Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosomatic Medicine*, 66(6), 837-44. doi: 10.1097/01.psy.0000146329.63158.40
- Tishler, M., Levy, O., Maslakov, I., Bar-Chaim, S., & Amit-Vazina, M. (2006). Neck injury and fibromyalgia— Are they really associated ? *Journal of Rheumatology*, 33, 1183-1185.
- Toomey, T., Seville, J., Mann, J., Abashian, S. & Grant, J. (1995). Relationship of sexual and physical abuse to pain description, coping, psychological distress, and health-care utilization in a chronic pain sample. *The Clinical Journal of Pain*, 11 (4), 307-15.
- Torres, A., Troncoso, S., & Castillo, R. (2006). Dolor, ansiedad, depresión, afrontamiento y maltrato infantil entre pacientes fibromiálgicos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38 (002), 285-298.
- Touroni, E., & Coyle, A. (2002). Decision-making in planned lesbian parenting: an interpretative phenomenological analysis. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 12(3), 194-209. doi: 10.1002/casp.672
- Tragesser, S. L., Richland, W. A., Bruns, D., & Disorbio, J. M. (2010). Borderline personality disorder features and pain: The mediating role of negative affect in a pain patient sample. *The Clinical Journal of Pain*, 26(4), 348-353. doi: 10.1097/AJP.0b013e3181cd1710
- Trudeau, K. J., Danoff-Burg, S., Revenson, T. A., & Paget, S. A. (2003). Agency and communion in people with rheumatoid arthritis. *Sex Roles*, 49(7/8), 303-311. doi: 10.1023/A:1025192818638

- Trygg, T., Lundberg, G., Rosenlund, E., Timpka, T., & Gerdle, B. (2002). Personality characteristics of women with fibromyalgia and of women with chronic neck , shoulder or low back complaints in terms of Minnesota Multiphasic Personality Inventory and defense mechanism technique modified. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 10(3), 33-55. doi: 10.1300/J094v10n03_03
- Turk, D. C. & Flor, H. (1999). Chronic pain: A biobehavioral perspective. In R.J. Gatchel & D.C. Turk (Eds.), *Psychosocial Factors in Pain- critical perspectives* (pp.18-34). New York: The Guildford Press.
- Turk, D. C., & Rudy, T. E. (1988). Toward an empirically derived taxonomy of chronic pain patients : Integration of psychological assessment data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(2), 233-238.
- Turk, D. C., Okifuji, A., Starz, T. W., & Sinclair, J. D. (1996). Effects of type of symptom onset on psychological distress and disability in fibromyalgia syndrome patients. *Pain*, 68(2-3), 423-30. doi: 10.1016/S0304-3959(96)03182-X
- Tyrka, A. R., Wyche, M. C., Kelly, M. M., Price, L. H., & Carpenter, L. L. (2009). Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms: Influence of maltreatment type. *Psychiatry Research*, 165(3), 281-7. doi: 10.1016/j.psychres.2007.10.017
- Uguz, F., Çiçek, E., Salli, A., Karahan, A. Y., Albayrak, I., Kaya, N., & Uğurlu, H. (2010). Axis I and Axis II psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry*, 32(1), 105-7. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2009.07.002
- Van Houdenhove, B. (1986). Prevalence and psychodynamic interpretation of premorbid hyperactivity in patients with chronic pain. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 45(4), 195-200. doi: 10.1159/000287948
- Van Houdenhove, B., & Egle, U. T. (2004). Fibromyalgia: A stress disorder? Piecing the biopsychosocial puzzle together. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(5), 267-75. doi: 10.1159/000078843
- Van Houdenhove, B., & Luyten, P. (2007). Fibromyalgia and related syndromes characterised by stress intolerance and pain hypersensitivity: Do we need a new nosology? *Current Rheumatology Review*, 3(4), 304-308. doi: 10.2174/157339707782408937
- Van Houdenhove, B., Luyten, P., & Egle, U. T. (2009). Stress as a key concept in chronic widespread pain and fatigue disorders. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 17(4), 390-399. doi: 10.3109/10582450903284745
- Van Houdenhove, B., Neerinx, E., Lysens, R., Vertommen, H., Van Houdenhove, L., Onghena, P.,... D'Hooghe, M.B. (2001). Victimization in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia in tertiary care: a controlled study on prevalence and characteristics. *Psychosomatics*, 42(1), 21-8. doi: 10.1176/appi.psy.42.1.21
- Van Houdenhove, B., Neerinx, E., Onghena, P., Lysens, R., & Vertommen, H. (2001). Premorbid "overactive" lifestyle in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. An etiological factor or proof of good citizenship? *Journal of Psychosomatic Research*, 51(4), 571-6. doi: 10.1016/S0022-3999(01)00247-1
- Vendrig, A., Derksen, J., & Mey, H. (2000). MMPI-2 personality psychopathology five (PSY-5) and prediction of treatment outcome for patients with chronic back pain. *Journal of Personality Assessment*, 74(3), 423-438. doi: 10.1207/S15327752JPA7403_6
- Verra, M. L., Angst, F., Staal, J. B., Brioschi, R., Lehmann, S., Aeschlimann, A., & de Bie, R. A. (2011). Differences in pain, function and coping in Multidimensional

- Pain Inventory subgroups of chronic back pain: A one-group pretest-posttest study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12(1), 145. doi: 10.1186/1471-2474-12-145. Retirado de <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/12/145>
- Viitanen, J. V., Kautiainen, H., & Isomaki, H. (1993). Pain intensity in patients with fibromyalgia and rheumatoid arthritis. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 22(3), 131-135.
- Villalpando, M., Sotres, J., Manning, H., & González, A. (2005). La fibromialgia: un síndrome somático funcional o una nueva conceptualización de la histeria? Análisis cuali-cuantitativo. *Salud Mental*, 28(6), 41-50.
- Voci, S. C., & Cramer, K. M. (2009). Gender-related traits, quality of life, and psychological adjustment among women with irritable bowel syndrome. *Quality of Life Research*, 18(9), 1169-76. doi: 10.1007/s11136-009-9532-9
- Wagner, B. M., Compas, B. E., & Howell, D. C. (1988). Daily and major life events: A test of an integrative model of psychosocial stress. *American Journal of Community Psychology*, 16(2), 189-205.
- Walen, H., Oliver, K., Groessl, E., Cronan, T., & Rodriguez, V. (2001). Traumatic events, health outcomes, and health care use in patients with fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 9(2), 19-39.
- Walker, E. A., Gelfand, A., Katon, W. J., Koss, M. P., Korff, M. V., Bernstein, D., & Russo, J. (1999). Adult health status of women with histories of childhood abuse and neglect. *The American Journal of Medicine*, 93(3), 332-339. doi: 10.1016/S0002-9343(99)00235-1
- Walker, E. A., Katon, W. J., Keegan, D., Gardner, G., & Sullivan, M. (1997a). Predictors of physician frustration in the care of patients with rheumatological complaints. *General Hospital Psychiatry*, 19(5), 315-323. doi: 10.1016/S0163-8343(97)00042-X
- Walker, E. A., Keegan, D., Gardner, G., Sullivan, M., Bernstein, D., & Katon, W. J. (1997b). Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II. Sexual, physical, and emotional abuse and neglect. *Psychosomatic Medicine*, 59(6), 572-7.
- Walker, E. A., Keegan, D., Gardner, G., Sullivan, M., Katon, W. J., & Bernstein, D. (1997c). Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: I. Psychiatric diagnoses and functional disability. *Psychosomatic Medicine*, 59(6), 565-571.
- Walsh, C. A., Jamieson, E., Macmillan, H., & Boyle, M. (2007). Child abuse and chronic pain in a community survey of women. *Journal of Interpersonal Violence*, 22(12), 1536-54. doi: 10.1177/0886260507306484
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Watkins, R. G., O'Brien, J. P., Draugelis, R., & Jones, D. (1986). Comparisons of preoperative and postoperative MMPI data in chronic back patients. *Spine*, 11(4), 385-90.
- Watson, D., & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, (2), 234-254. doi: 10.1037/0033-295X.96.2.234
- Weisberg, J. N. (2000). Personality and personality disorders in chronic pain. *Current Review of Pain*, 4, 60-70.

- Weisberg J. N. & Keefe, F. J. (1999). Personality, individual differences and psychopathology in chronic pain. In R.J. Gatchel & D.C. Turk (Eds.), *Psychosocial Factors in Pain- critical perspectives* (pp. 56-73). New York: The Guildford Press.
- Wentz, K. A. H., Lindberg, C., & Hallberg, L. R.-M. (2004). Psychological functioning in women with fibromyalgia: A grounded theory study. *Health Care for Women International*, 25(8), 702-29. doi:10.1080/07399330490475575
- Wessely, S., Nimnuan, C., & Sharpe, M. (1999). Functional somatic syndromes: One or many?. *Lancet*, 354(9182), 936-939. doi: 10.1016/S0140-6736(98)08320-2
- Wessely, S., & White, P. D. (2004). There is only one functional somatic syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 185, 95-96. doi: 10.1192/bjp.185.2.95
- Wheaton, B. (1996). The domains and boundaries of stress concepts. In H.B. Kaplan (Ed.), *Psychosocial stress- perspectives on structure, theory, life-course and methods* (pp. 29-70). U.S.A.: Academic Press.
- White, K. P., Speechley, M., Harth, M., & Ostbye, T. (1999). The London Fibromyalgia Epidemiology Study: Comparing the demographic and clinical characteristics in 100 random community cases of fibromyalgia versus controls. *Journal of Rheumatology*, 26(7):1577-85.
- White, K. P., & Thompson, J. (2003). Fibromyalgia syndrome in an Amish community: A controlled study to determine disease and symptom prevalence. *Journal of Rheumatology*, 30(8), 1835-1840.
- White, L. A., Birnbaum, H. G., Kaltenboeck, A., Tang, J., Mallett, D., & Robinson, R. L. (2008). Employees with fibromyalgia: medical comorbidity, healthcare costs, and work loss. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(1), 13-24. doi: 10.1097/JOM.0b013e31815c44b
- White, P. D. (2010). Chronic fatigue syndrome: Is it one discrete syndrome or many? Implications for the "one vs. many" functional somatic syndromes debate. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(5), 455-459. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.01.008
- White, P., & Faustman, W. (1989). Coexisting physical conditions among inpatients with post-traumatic stress disorder. *Military Medicine*, 154(2), 66-71.
- Widom, C. S., & Morris, S. (1997). Accuracy of adult recollections of childhood victimization, Part 2: Childhood sexual abuse. *Psychological Assessment*, 9(1), 34-46. doi: 10.1037//1040-3590.9.1.34
- Wijma, K., Samelius, L., Wingren, G., & Wijma, B. (2007). The association between ill-health and abuse: a cross-sectional population based study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48(6), 567-75. doi:10.1111/j.1467-9450.2007.00553.x
- Wilke, W. S. (2009). New developments in the diagnosis of fibromyalgia syndrome: Say goodbye to tender points? *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 76(6), 345-352. doi: 10.3949/ccjm.76a.08062
- Williams, A. (1998). Depression in chronic pain : Mistaken models, missed opportunities. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 37-41. doi: 10.1080/02845719808408497
- Williams, L. M. (1994). Recall of childhood trauma: A prospective study of women's memories of child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(6), 1167-1176. doi: 10.1037//0022-006X.62.6.1167
- Williams, D. A., Brown, S., Clauw, D., & Arbor, A. (2003). Self-reported symptoms before and after September 11 in patients with fibromyalgia. *JAMA*, 289(13), 1637-1638.
- Williams, D. A., & Clauw, D. J. (2009). Understanding fibromyalgia: Lessons from the

- broader pain research community. *Journal of Pain*, 10(8), 777-791. doi: 10.1016/j.jpain.2009.06.001.
- Williams, P. G., O'Brien, C. D., & Colder, C. R. (2004). The effects of neuroticism and extraversion on self-assessed health and health-relevant cognition. *Personality and Individual Differences*, 37, 83-94. doi: 10.1016/j.paid.2003.08.001
- Wilson, D. R. (2010). Health consequences of childhood sexual abuse. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46(1), 56-64. doi: 10.1111/j.1744-6163.2009.00238.x
- Wilson, H. D., Robinson, J. P., Swanson, K. & Turk, D. C. (2008). Emotional factors in the onset and aggravation of fibromyalgia symptoms: Results of an internet survey. *The Journal of Pain*, 9(4), 17. doi: 10.1016/j.jpain.2008.01.085
- Wilson, H. D., Robinson, J. P., & Turk, D. C. (2009). Toward the identification of symptom patterns in people with fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatology*, 1(4), 527-534. doi: 10.1002/art.24163
- Wilson, R., Krueger, K., Gu, L., Bienias, J., Leon, C. & Evans, D. (2005). Neuroticism, extraversion and mortality in a defined population of older persons. *Psychosomatic Medicine*, 845, 841-845. doi: 10.1097/01.psy.0000190615.20656.83
- Wolfe, J., Schnurr, P. P., Brown, P. J., & Furey, J. (1994). Posttraumatic stress disorder and war-zone exposure as correlates of perceived health in female Vietnam War veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(6), 1235-40.
- Wolfe, F. (1986). The clinical syndrome of fibrositis. *The American Journal of Medicine*, 81, 7-14. doi: 10.1016/0002-9343(86)90866-1
- Wolfe, F. (2009). Fibromyalgia wars. *Journal of Rheumatology*, 36(4), 671-678. doi: 10.3899/jrheum.081180
- Wolfe, F., Cathey, M., Kleinheksel, S., Amos, S., Hoffman, R., Young, D., & Hawley, D.J. (1984). Psychological status in primary fibrositis and fibrositis associated with rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology*, 11(4), 500-506.
- Wolfe F., & Rasker J. J. (2006). The Symptom Intensity Scale, fibromyalgia, and the meaning of fibromyalgia like symptoms. *Journal of Rheumatology*, 33, 2291-2299.
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., . . . Sheon, R. P. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 33(2), 160-172.
- Woods, A. B., Page, G. G., O'Campo, P., Pugh, L. C., Ford, D., & Campbell, J. C. (2005). The mediation effect of posttraumatic stress disorder symptoms on the relationship of intimate partner violence and IFN-gamma levels. *American Journal of Community Psychology*, 36(1-2), 159-75. doi: 10.1007/s10464-005-6240-7
- Wuest, J., Merritt-Gray, M., Ford-Gilboe, M., Lent, B., Varcoe, C., & Campbell, J. C. (2008). Chronic pain in women survivors of intimate partner violence. *The Journal of Pain*, 9(11), 1049-57. doi: 10.1016/j.jpain.2008.06.009
- Wynne-Jones, G., Macfarlane, G. J., Silman, A. J., & Jones, G. T. (2006). Does physical trauma lead to an increase in the risk of new onset widespread pain? *Annals of the Rheumatic Diseases*, 65(3), 391-3. doi: 10.1136/ard.2005.037531
- Yardley, L. (2000). Dilemmas in qualitative health research. *Psychology and Health*, 15, 215-228. doi: 10.1080/08870440008400302
- You, S., & Conner, K.R. (2009). Stressful life events and depressive symptoms: Influences of gender, event severity, and depression history. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(11), 829-833. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181be7841
- Yunus M.B., (2000). Central sensitivity syndromes: A unified concept for fibromyalgia

- and other similar maladies. *JIRA*, 8(1). pp. 27-33.
- Yunus, M. B. (2007). Fibromyalgia and overlapping disorders: The unifying concept of central sensitivity syndromes. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 36(6), 339-356. doi: 10.1016/j.semarthrit.2006.12.009
- Yunus, M. B. (2008). Central sensitivity syndromes: A new paradigm and group nosology for fibromyalgia and overlapping conditions, and the related issue of disease versus illness. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 37(6), 339-352. doi: 10.1016/j.semarthrit.2007.09.003
- Yunus, M. B. (2009). Central Sensitivity Syndromes: An Overview. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 17(4), 400-408. doi: 10.3109/10582450903284752
- Yunus M. B., Ahles, T.A., Aldag, J. C., & Masi, A. T. (1991). Relationship of clinical features with psychological status in primary fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 34(1), 15-21. doi: 10.1002/art.1780340104
- Zanarini, M., Williams, A., Lewis, R., Reich, R., Vera, S., Marino, M., ...Frankenburg, F. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1101-1106
- Zautra, A. J., Fasman, R., Reich, J. W., Harakas, P., Johnson, L. M., Olmsted, M. E., & Davis, M. C. (2005). Fibromyalgia: Evidence for deficits in positive affect regulation. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 147-55. doi: 10.1097/01.psy.0000146328.52009.23

Anexos

Anexo A

Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

Programa de Doutoramento em Psicologia

Título do estudo: Aspectos psicológicos da fibromialgia: personalidade e história de vida

Investigadora: Barbara Isabel Gonzalez

Orientadores: Professor Doutor Telmo Baptista e Professor Doutor Jaime Branco

Objectivo: Investigar as características psicológicas de pessoas com fibromialgia, acontecimentos de vida e a sua relação com a funcionalidade e qualidade de vida.

Metodologia:

- Aplicação dos instrumentos: Questionário sociodemográfico e clínico; Questionário de impacto da fibromialgia (FIQ); Questionário de estado de saúde (versão reduzida: SF-8), Escala numérica para a dor; Inventário de Personalidade (MMPI-2), Lista de acontecimentos de vida (LAV); Questionário de Acontecimentos de Vida- Versão para Adultos.

- Realização de uma entrevista com vista a obter uma compreensão mais aprofundada da história de vida do doente com fibromialgia. Esta entrevista será realizada apenas com um subgrupo de doentes, a definir após a análise dos resultados do primeiro estudo.

Todo o material recolhido é de âmbito confidencial, estando assegurado o total anonimato. As participantes têm a liberdade de colocar questões relativas ao estudo, em qualquer fase da realização do mesmo, assim como de desistir a qualquer momento, se essa for a sua vontade.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Nome: _____

Tendo sido informado sobre todos os aspectos que envolvem o estudo acima descrito, declaro que concordo em colaborar neste estudo, de forma livre e voluntária.

Data: _____

(Assinatura da participante)

(Assinatura da investigadora)

Anexo B

FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONNAIRE

VERSÃO PORTUGUESA DO FIQ (FIQ-P)

NOME _____

DATA ____/____/____

INSTRUÇÕES: Nas perguntas 1 a 11 por favor faça um círculo no número que, em relação à **última semana**, melhor descreve a maneira como, **em geral**, foi capaz de executar as tarefas indicadas. Se habitualmente não faz uma dessas tarefas risque essa pergunta.

Foi capaz de:	Sempre	Quase Sempre	Quase Nunca	Nunca
1. Ir às compras?	0	1	2	3
2. Tratar da roupa na máquina de lavar/secar?	0	1	2	3
3. Cozinhar?	0	1	2	3
4. Lavar louça à mão?	0	1	2	3
5. Aspirar a casa?	0	1	2	3
6. Fazer as camas?	0	1	2	3
7. Andar vários quarteirões (200 a 500 metros)?	0	1	2	3
8. Visitar a família ou os amigos?	0	1	2	3
9. Tratar das plantas ou praticar o seu passatempo?	0	1	2	3
10. Se deslocar, no seu próprio carro ou em transportes públicos?	0	1	2	3
11. Subir as escadas?	0	1	2	3

12. Na última semana, em quantos dias se sentiu bem?

0 1 2 3 4 5 6 7

13. Na Última semana, quantos dias faltou ao trabalho e/ou não realizou as tarefas domésticas, devido à fibromialgia?

0 1 2 3 4 5 6 7

INSTRUÇÕES: Nas perguntas que se seguem, assinale um ponto na linha que melhor indica o modo como, **em geral**, se sentiu na **última semana**.

14. Nos dias que trabalhou, quanto é que a sua doença - Fibromialgia - interferiu no seu trabalho?

Trabalhei sem dificuldades • ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ • Tive grandes problemas no trabalho

15. Que intensidade teve a sua dor?

Não tive dor • ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ • Tive dor muito intensa

16. Que cansaço sentiu?

Não senti cansaço • ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ • Senti um cansaço enorme

17. Como se sentiu quando se levantava de manhã?

Acordei bem repousada • ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ • Acordei muito cansada

18. Que rigidez sentiu?

Não tive rigidez • ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ • Senti muita rigidez

19. Sentiu-se nervosa ou ansiosa?

Não tive • ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ • Senti-me
ansiedade muito ansiosa

20. Sentiu-se triste ou deprimida?

Não me • ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ • Senti-me
senti deprimida muito deprimida

Anexo C

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

Por favor responda a cada uma das perguntas. Algumas perguntas são parecidas, mas de facto são diferentes. Não tenha pressa em responder, e responda às questões cuidadosamente, assinalando no quadrado à frente da pergunta a resposta que melhor representa a sua opinião.

Exemplo:

Isto só serve de exemplo. Não responda a esta questão. O questionário começa a seguir a esta parte, na secção abaixo *A sua Saúde em Geral*. Para cada questão ser-lhe-á pedido que assinale no quadrado em cada linha.

Em que medida concorda ou discorda com a seguinte informação?					
	Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente
a) Gosto de ouvir música	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor comece a responder agora:

1.Em geral, como diria que a sua Saúde é?				
Óptima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.A pergunta é sobre actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa. Será que a sua Saúde a limita nesta actividade? Se sim, quanto?		
Sim, muito limitada	Sim, um pouco limitada	Não, nada limitada
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Durante as últimas quatro semanas sentiu-se limitada no tipo de trabalho ou outras actividades como consequência do seu estado de Saúde física?	
Sim	Não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Durante as últimas quatro semanas fez menos do que queria no seu trabalho ou nas suas actividades diárias, devido a quaisquer problemas emocionais (tais como sentir-se deprimida ou ansiosa)?	
Sim	Não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Durante as últimas quatro semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?				
Absolutamente nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e a forma como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu. Quanto tempo nas últimas quatro semanas:						
	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cansada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Se sentiu triste e em baixo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Durante as últimas quatro semanas, em que medida é que a sua Saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, amigos vizinhos ou outras pessoas?				
Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obrigada por completar o questionário.

Anexo D

Escala Numérica de Dor

Por favor, assinale na escala seguinte qual dos números corresponde ao nível de dor que sentiu nos últimos sete dias:

Sem
Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Dor
Máxima

Anexo E

Escala de Intensidade de Sintomas (traduzido de Wilke, 2009)

Por favor indique quaisquer áreas dolorosas nos últimos 7 dias

ÁREAS	SIM	NÃO	ÁREAS	SIM	NÃO
Maxilar (esquerdo)	_____	_____	Parte sup. do braço (esq)	_____	_____
Maxilar (direito)	_____	_____	Parte sup. do braço (dir)	_____	_____
Peito	_____	_____	Cervical	_____	_____
Abdómen	_____	_____	Anca (esquerda)	_____	_____
Antebraço (esquerdo)	_____	_____	Anca (direita)	_____	_____
Antebraço (direito)	_____	_____	Ombro (esquerdo)	_____	_____
Parte sup. da perna (esq)	_____	_____	Ombro (direito)	_____	_____
Parte sup. da perna (dir)	_____	_____	Pescoço	_____	_____
Parte inf. da perna (esq)	_____	_____	Lombar	_____	_____
Parte inf. da perna (dir)	_____	_____			

Número total de áreas dolorosas: _____
(é a pontuação da *Regional Pain Scale*)

Por favor indique o seu nível actual de fadiga

Nenhuma fadiga | _____ | Muito fatigada

Pontuação da Escala de Intensidade de Sintomas=

[Escala análoga visual de fadiga + (pontuação da *Regional Pain Scale*/2)] /2

Nome:

Anexo F

Descrição das Escalas do MMPI-2

Escalas de validade (Graham, 2006)

Designação	Descrição
Insinceridade (L)	Tentativa deliberada de auto-apresentação de forma irrealisticamente favorável.
Infrequência (F)	Formas de resposta desviantes ou atípicas, tais como as resultantes de falta de atenção ou resposta aleatória.
Infrequência back (Fb)	Infrequência na segunda metade do teste.
Infrequência de psicopatologia (Fp)	Excesso de relato de psicopatologia.
Correcção (K)	Tentativa de negar psicopatologia ou, pelo contrário, franqueza e auto-crítica incomuns.
Auto-apresentação superlativa (S)	Auto-apresentação com elevados padrões morais, de virtude, responsabilidade e sociabilidade.
Inconsistência nas respostas VRIN	Tendência para responder de forma inconsistente aos itens.
Inconsistência nas respostas “verdade” TRIN	Inconsistência por dar respostas “verdade” ou “falso” aos itens indiscriminadamente.

Escalas clínicas (Graham, 2006)

Designação	Descrição
Hipocondria (Hs)	Preocupações somáticas e medos persistentes da doença.
Depressão (D)	Insatisfação geral com a situação de vida, falta de envolvimento e falta de esperança no futuro.
Histeria (Hy)	Queixas somáticas específicas, negação geral de problemas psicológicos e de desconforto em situações sociais, imaturidade, necessidade de atenção.
Psicopatia (Pd)	Dificuldade em incorporar os valores da sociedade, inadaptação social, rebelião, probabilidade de se envolver num conjunto de comportamentos asociais ou anti-sociais.
Masculinidade/feminilidade (M/f)	Interesses e comportamentos masculinos e femininos estereotípicos.
Paranóia (Pa)	Sentimentos persecutórios, suspeição, sensibilidade excessiva, rigidez de opiniões e atitudes.
Psicastenia (Pt)	Pensamentos obsessivos, sentimentos de medo e/ou ansiedade, dúvidas sobre as próprias capacidades, agitação psicológica e desconforto.
Esquizofrenia (Sc)	Pensamentos bizarros, alienação social, experiências, sentimentos e percepções incomuns.
Hipomania (Ma)	Humor elevado, discurso e actividade motora acelerada, irritabilidade, excitabilidade.
Introversão social (Si)	Tendência para evitar contactos e responsabilidades sociais, desconforto social e insegurança

Escalas de conteúdo (Graham, 2006)

Designação	Descrição
Ansiedade (ANX)	Preocupação, problemas de concentração, dificuldade em tomar decisões, perturbação do sono.
Medos (FRS)	Múltiplos medos ou fobias específicos.
Obsessividade (OBS)	Rigidez, preocupação, ruminação sobre coisas triviais.
Depressão (DEP)	Tristeza, auto-depreciação, sensação de vazio e inadequação, falta de esperança no futuro.
Preocupações com a saúde (HEA)	Preocupação exagerada sobre doença, falta de energia, reportar uma variedade de sintomas somáticos específicos.
Pensamentos bizarros (BIZ)	Processos de pensamentos psicóticos, conteúdo de pensamento incomum, embotamento afectivo.
Ira (ANG)	Irritabilidade, ressentimento, perda de controlo.
Cinismo (CYN)	Visão desdenhosa e descrédito relativamente aos outros, suspeição interpessoal, auto-centração e manipulação.
Comportamento anti-social (ASP)	Atitudes socialmente inadequadas, hostilidade, irresponsabilidade, risco aumentado de problemas cardiovasculares.
Tipo A (TPA)	Irritabilidade, impaciência e competitividade nas relações interpessoais.
Baixa auto-estima (LSE)	Atitudes negativas face a si mesmo, baixo-autoconceito, antecipação de fracasso, passividade.
Desconforto social (SOD)	Introversão e inadequação social,

	interesses limitados, baixos níveis de energia.
Problemas familiares (FAM)	Reportam considerável discórdia no seio familiar, sensação de falta de amor e apoio familiar, hostilidade e ressentimento relativamente à família.
Interferência no trabalho (WRK)	Conjunto de atitudes e comportamentos que contribuem para baixa realização laboral, falta de ambição e de energia.
Indicadores negativos de tratamento (TRT)	Atitudes negativas em relação ao tratamento e aos técnicos de saúde, sentimento de desamparo e pessimismo sobre a resolução dos próprios problemas.

Escalas PSY-5 Perturbações da Personalidade (Harkness, 2003, in Graham, 2006)

Designação	Descrição
Agressividade (AGGR)	Agressividade ofensiva e instrumental e pode incluir prazer em intimidar os outros para alcançar os próprios objectivos.
Psicoticismo (PSYC)	Disconexão da realidade, incluindo crenças não partilhadas e experiências sensoriais e perceptuais incomuns, alienação.
Desinibição comportamental (DISC)	Impulsividade, tomada de riscos e rejeição de comportamentos e crenças mais tradicionais.
Emocionalidade negativa/Neuroticismo (NEGE)	Predisposição para experienciar emoções de valência negativa e focar-se em aspectos problemáticos da informação, auto-crítica e antecipação de cenários negativos.
Introversão/Baixa emocionalidade positiva (INTR)	Capacidade limitada para experienciar alegria e envolvimento positivo, introversão social.

Escalas suplementares (Graham, 2006)

Descrição	Designação
Ansiedade (A)	Desconforto, mal-estar e infelicidade
Repressão (R)	Introversão, internalização e adoção de estilos de vida cuidadosos e cautelosos.
Força do ego (ES)	Ajustamento emocional elevado e existência de recursos psicológicos para lidar com o stress.
Domínio (DO)	Confiança nas próprias capacidades para lidar com os problemas e situações de vida.
Responsabilidade social (RE)	Adoção de valores culturais e sociais e comprometimento com comportamento consistentes, confiança e segurança, valorização da honestidade e justiça.
Stress pós-traumático (PK)	Probabilidade de manifestação de muitos dos sintomas e comportamentos tipicamente associados com PTSD, como mal-estar emocional intenso, ansiedade, culpa e sensação de incompreensão.
Distress conjugal (MDS)	Mal-estar na relação conjugal ou íntima e indicação de provável inadaptação e sensação de fracasso e insatisfação com outros aspectos da vida.
Hostilidade (HO)	Elevada ira, comportamento abertamente hostil e maior risco de doença coronária.
Hostilidade hipercontrolada (O-H)	Tendência para não responder apropriadamente às provocações na maior parte das vezes, podendo ocorrer por vezes respostas agressivas exageradas.
Alcoolismo (MAC-R)	Em adição à possibilidade de abuso de substâncias, pode ser indicação de extroversão social, exibicionismo, tomada de risco e dificuldades de concentração.
Comportamentos aditivos (AAS)	Em adição à possibilidade de abuso de substâncias, pode ser indicador de impulsividade, agressividade e agitação.

Potencial de adição (APS)	Indicador de possível vulnerabilidade para o abuso de substâncias.
Género masculino (GM) Género feminino (GF)	Pontuações elevadas de GF, em ambos os sexos, remetem para probabilidade de melhor ajustamento, elevada auto-confiança e persistência.

Anexo G

LISTA DE ACONTECIMENTOS DE VIDA

Tradução de Ângela da Costa Maia e Eugénia Fernandes

Abaixo encontra uma lista de acontecimentos que às vezes acontecem. Para cada acontecimento indique com uma cruz (X) em cada uma ou mais do que uma caixa até que ponto: (a) lhe aconteceu pessoalmente, (b) viu acontecer a outra pessoa, (c) soube que tinha acontecido a algum familiar ou amigo, (d) não tem a certeza ou, (e) não se aplica a si próprio. Nas suas respostas tenha em consideração toda a sua vida (desde a sua infância até este momento).

<i>Acontecimento</i>	Aconteceu -me	Vi Acontecer	Soube que aconteceu	Não tenho a certeza	Não se aplica
Desastre natural (por exemplo, inundação, furacão, tornado, tremor de terra)					
Fogo ou explosão					
Acidente num transporte (acidente de motociclo, de carro, de barco, de comboio, de avião)					
Acidente grave de trabalho, em casa ou em actividade recreativa					
Exposição a substâncias tóxicas (produtos químicos, radiações)					
Agressão física (por exemplo, ser atacado, batido, esbofeteado, pontapeado, etc.)					
Ameaça com arma (ser baleado, apunhalado, ameaçado com faca, pistola, bomba)					
Agressão sexual (violação, tentativa de violação, ser obrigado a ter uma actividade sexual pelo uso da força)					
Outra experiência ou contacto sexual não desejado ou desagradável					
Combate ou exposição a zona de guerra (como militar ou civil)					
Captura (ser raptado, ser refém, prisioneiro de guerra)					
Doença ou ferimento que ameaçou a vida					
Sufrimento humano intenso					
Morte repentina, violenta (por homicídio, suicídio)					
Morte inesperada e repentina de alguém próximo (e.g. homicídio ou suicídio)					
Causar ferimento, dor ou morte a alguém					
Outro acontecimento ou experiência extremamente stressante					

Anexo H

ACONTECIMENTOS DE VIDA- VERSÃO PARA ADULTOS¹

Por favor, assinale com uma cruz, se viveu ou não, nos últimos **doze meses**, algum dos acontecimentos abaixo listados. Em caso afirmativo, indique se o acontecimento teve efeito positivo, negativo ou neutro na sua vida.

	Não	Sim		
		Positivo	Negativo	Neutro
1. Morte de um familiar próximo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Doença ou lesão grave de um familiar próximo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Problemas/Dificuldades financeiras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Doença ou lesão grave do(a) próprio(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Despedimento/desemprego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Morte de amigo próximo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Vítima de um crime (roubo, agressão, violação, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Separação ou reconciliação com o cônjuge/companheiro(a))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Morte de um familiar doente ou idoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mudança de emprego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sofrer um acidente grave (viagem, trabalho, acidentes naturais como fogos, cheias, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tentativa de modificação de comportamentos de dependência (tabaco, drogas, álcool, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mudança de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Mudança nas condições de trabalho (horas de trabalho, deslocamentos, viagens, etc).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Conflito grave no trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Descobrir que um familiar próximo tem comportamentos de dependência (tabaco, drogas, álcool, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Divórcio/separação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Morte do cônjuge/companheiro(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Conflito grave relativo à regulação da responsabilidade paternal (pensão de alimentos, regime de visitas, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Detenção em prisão ou em instituição psiquiátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Infidelidade conjugal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Mudança no emprego (transferência, promoção, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo I

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

1.Nome

2. Idade: _____ anos

3. Qual o seu estado civil?

- ☐ Solteira
- ☐ Casada/união de facto
- ☐ Viúva
- ☐ Divorciada ou separada

4. Com quem vive?

- ☐ Sozinha
- ☐ Com família
- ☐ Com amigos
- ☐ Outro (especificar) _____

5. Qual é o seu nível de escolaridade?

- ☐ Nunca frequentou a escola
- ☐ 4ª classe
- ☐ 6º ano
- ☐ 9º ano
- ☐ 12º ano
- ☐ Bacharelato/Licenciatura
- ☐ Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento
- ☐ Outro nível não referido... Qual? _____

6. Qual é a sua situação profissional?

- ☐ Empregada
- ☐ Desempregada
- ☐ Doméstica
- ☐ Reformada
- ☐ Estudante
- ☐ Estudante-Trabalhadora

7. Há quanto tempo tem o diagnóstico de fibromialgia/artrite reumatoide? _____

8. Há quanto tempo tem sintomas de fibromialgia/artrite reumatóide? _____

9. Identifica algum acontecimento ocorrido no ano anterior ao surgimento dos seus sintomas de fibromialgia/artrite reumatóide que associe ao desencadear da doença? _____

10. Tem outra(s) doença(s) reumática(s) diagnosticada(a), para além da fibromialgia/artrite reumatóide? Se sim, qual(ais)?

11. Tem outra(s) doença(s) não reumática(s), diagnosticada(s)? Se sim, qual(ais)?

12. Tem acompanhamento psicológico? Se sim, há quanto tempo?

13. Tem acompanhamento psiquiátrico? Se sim, há quanto tempo?

14. Toma medicação psiquiátrica? Se sim, há quanto tempo?

Anexo J

Guião de Entrevista de História de Vida

Dan P. McAdams, Universidade de Northwestern

Revista em 1995

Comentários introdutórios

Esta é uma entrevista sobre a história da sua vida. Estamos a pedir-lhe que desempenhe o papel de narrador da sua própria vida- para construir para nós a história do seu próprio passado, presente e o que vê como o seu próprio futuro. As vidas das pessoas são muito diferentes e as pessoas fazem sentido das suas próprias vidas de formas também muitodiferentes. Como cientistas sociais, o nosso objectivo é recolher o máximo de histórias de vida diferentes, para iniciar o processo de perceber como as pessoas fazem sentido da sua própria vida. Assim, estamos a recolher e a analisar histórias de vida de adultos “normais” de todos os tipos e estamos à procura de comunalidades e de diferenças significativas nessas histórias de vida que as pessoas nos contam.

Ao contar-nos a história sobre a sua própria vida, não precisamos que nos conte tudo o que lhe aconteceu. Uma história é selectiva. Pode focar-se em poucos eventos chave, poucas relações chave, poucos temas chave que recorrem na narrativa. Ao contar a sua própria história, deve concentrar-se em material da sua própria vida que acredita ser realmente importante- informação sobre si própria e a sua vida que diz algo significativo sobre si e sobre como se tornou naquilo que é. A sua história deve contar como é semelhante a outras pessoas, assim como é única. O nosso objectivo nestas entrevistas é catalogar as histórias de vida das pessoas para que possamos, eventualmente, chegar a alguns princípios fundamentais de narração de história de vida, assim como formas de categorizar e fazer sentido das histórias de vida construídas por adultos saudáveis, neste momento da história e neste local. Assim, não estamos interessados na psicopatologia, neurose e psicose. Não estamos a tentar descobrir o que está errado consigo, nem estamos a tentar ajudá-lo descobrir o que está errado consigo. A entrevista não deve ser vista como uma “sessão terapêutica”. Esta entrevista é apenas para fins de investigação e o seu único propósito é a recolha de dados relativos às histórias de vida das pessoas.

A entrevista está dividida num conjunto de secções. Para completar a entrevista dentro de uma hora e meia, aproximadamente, é importante que não diga tudo nas primeiras secções, especialmente a primeira, na qual vou pedir-lhe que forneça um esboço global da sua história. A entrevista começa com aspectos gerais e move-se para o particular. Assim, não se sinta compelido a fornecer muitos detalhes na primeira secção, na qual peço este esboço. O detalhe virá mais tarde. Eu vou guiá-lo ao longo da entrevista para que possamos completá-la num tempo adequado. Acho que vai gostar da entrevista. A maior parte das pessoas gosta.

Questões?

I. Capítulos de vida

Gostaria que começasse por pensar na sua vida como uma história. Todas as histórias têm personagens, cenas, enredos. Existem pontos altos e pontos baixos na história, bons tempos e maus tempos, heróis e vilões. Uma longa história pode até ter capítulos. Pense sobre a sua história de vida como tendo pelo menos alguns capítulos diferentes. Que capítulos poderiam ser esses? Gostaria que me descrevesse cada um dos capítulos principais da sua história de vida. Pode ter quantos capítulos quiser, mas eu sugiro que divida a sua história entre 2 ou 3 capítulos e um máximo de 7. Se puder, dê a cada capítulo um nome e descreva brevemente os conteúdos globais de cada capítulo. Como narrador, pense em si próprio como dando um resumo para cada capítulo. Esta primeira parte da entrevista poderia durar para sempre, por isso gostaria que a mantivesse relativamente breve, entre 20-25 minutos. Assim, não me quer contar “toda a sua história” agora Dê-me apenas um sentido do esboço da história- os principais capítulos da sua vida.

[O entrevistador pode desejar pedir clarificações ou elaborações em qualquer ponto nesta secção, embora exista um perigo significativo de interromper demasiado. Se o indivíduo terminar em menos de 10 minutos, não terá dito o suficiente, e o entrevistador deverá pedir maior detalhe. Se parecer que o entrevistador vai continuar para lá de meia hora, o entrevistador deve tentar (gentilmente) encurtar. No entanto, não se pretende que o sujeito se sinta “apressado”. (Assim, é inevitável que alguns sujeitos vão demorar mais). Esta é a parte mais aberta da entrevista. Tem o maior poder projectivo. Assim,

estamos muito interessados em como o sujeito organiza a resposta por si mesmo. Tenha o cuidado de não a organizar por ele.]

II. Eventos críticos

Agora que me forneceu um esboço dos capítulos da sua história, gostaria que se concentrasse em poucos eventos chave, que se salientam na história. Um evento chave deveria ser um acontecimento específico, um incidente crítico, um episódio significativo no seu passado, situado num determinado momento e lugar. É útil pensar em tal evento como constituindo um momento específico na sua história de vida que se salienta por alguma razão. Por exemplo, uma conversa particular que pode ter tido com a sua mãe quando tinha 12 anos, ou, uma decisão particular que tomou numa tarde no verão passado, podem qualificar-se como um evento chave na sua história de vida. Estes são momentos particulares, num determinado momento e lugar, completo com personagens, acções, pensamentos e sentimentos particulares. Umas férias de verão inteiras – sejam elas muito tristes, muito felizes ou muito importantes de alguma forma- ou um ano muito difícil no liceu, por outro lado, não qualificariam como eventos chave pois têm lugar ao longo de um período de tempo mais longo. (São mais como capítulos de vida). Vou perguntar-lhe sobre 8 acontecimentos de vida específicos. Para cada acontecimento, descreva em detalhe o que aconteceu, onde você estava, quem estava envolvido, o que fez e o que estava a pensar e a sentir no evento. Também, tente pensar no impacto que este evento teve na sua história de vida, e o que este evento diz sobre quem você é ou era como pessoa. Por favor seja muito específico aqui.

Questões:

Evento 1: Experiência de topo

Uma experiência de topo seria um ponto elevado na sua história de vida, talvez o ponto elevado. Seria um momento ou um episódio na história em que experimentou emoções extremamente positivas, como alegria, excitação, grande felicidade ou mesmo uma paz interior profunda. Hoje, o episódio estaria na sua memória como uma das melhores, mais elevada, mais maravilhosa cena ou momento da sua história de vida. Por favor, descreva-me com algum detalhe uma experiência de topo, ou algo como isso, que experienciou algures no seu passado. Diga-me exactamente o que aconteceu, onde aconteceu, quem estava envolvido, o que fez, o que estava a pensar e a sentir, que

impacto esta experiência pode ter tido em si e o que esta experiência diz sobre o que você era ou é.

Evento 2: Experiência de baixo

A experiência de baixo é o oposto a uma experiência de topo. É um ponto baixo na sua história de vida. Pensando retrospectivamente, tente recordar uma experiência específica na qual sentiu emoções extremamente negativas, como desespero, desilusão, terror, culpa, etc. Deve considerar que esta experiência representa um dos “pontos baixos” da sua história de vida. Embora esta memória seja desagradável, por favor seja específica: O que aconteceu? Quando? Quem estava envolvido? O que é que fez? O que estava a pensar e a sentir? Que impacto este acontecimento teve em si? O que é que este acontecimento diz sobre quem você é ou era?

Evento 3: Ponto de viragem

Olhando retrospectivamente para vida, é muitas vezes possível identificar certos “pontos de viragem” chave- episódios através dos quais a pessoa atravessa uma mudança substancial. Os pontos de viragem podem ocorrer em muitas esferas diferentes da história da pessoa- em relações com outras pessoas, no trabalho e escolha, etc. Tenho especial interesse num ponto de viragem na compreensão sobre si mesmo. Por favor identifique um episódio particular na sua história de vida que agora veja como um ponto de viragem. Se sente que a sua história de vida não contem pontos de viragem, descreva um episódio particular na sua vida que mais se aproxime de ser qualificado como ponto de viragem.

Evento 4: Memória mais precoce

Agora pense na sua infância, o mais para trás que consiga. Por favor escolha uma memória relativamente clara dos seus primeiros anos e descreva-a com algum detalhe. A memória não precisa de parecer especialmente significativa na sua vida actual. O que a torna significativa é o facto de ser a primeira ou uma das primeiras memórias que tem, uma das primeiras cenas na sua história de vida. A memória deve ser suficientemente detalhada para poder ser considerada um “evento”. Isto significa que deve escolher a memória mais precoce de infância para a qual seja capaz de identificar o que aconteceu,

quem estava envolvido e o que estava a pensar e a sentir. Dê-me a melhor aproximação da idade que tinha na altura deste acontecimento.

Evento 5: Cena infantil importante

Agora descreva outra memória da infância, da infância posterior, que se destaca na sua memória como especialmente importante ou significativa. Pode ser uma memória positiva ou negativa. O que aconteceu? Quem estava envolvido? O que é que você fez? O que é que estava a pensar e a sentir? Que impacto este acontecimento teve em si? O que é que ele diz sobre quem é ou quem era? Porque é que é importante?

Evento 6: Cena adolescente importante

Descreva um acontecimento específico dos seus anos de adolescência que se destaca como sendo especialmente importante ou significativo.

Evento 7: Cena adulta importante

Descreva um acontecimento específico da sua idade adulta (a partir dos 21 anos) que se destaca como sendo especialmente importante ou significativo.

Evento 8: Uma outra cena importante

Descreva mais um acontecimento, de alguma altura da sua vida, que se destaque na sua memória como sendo especialmente importante ou significativo.

III. Desafio de vida

Olhando para os vários capítulos e cenas na sua história de vida, por favor descreva o maior desafio que enfrentou na sua vida. Como é que encarou ou lidou com este desafio? Outras pessoas ajudaram-no a lidar com este desafio? Como é que este desafio teve impacto na sua história de vida?

IV. Influências na história de vida: positiva e negativa

Positiva

Olhando retrospectivamente para a sua história de vida, identifique a pessoa individual, grupo de pessoas ou organização/instituição que tem ou teve a maior influência positiva

na sua história de vida. Por favor descreva essa pessoa, grupo ou organização e a forma pela qual tiveram um impacto positivo na sua história.

Negativa

Olhando retrospectivamente para a sua história de vida, identifique a pessoa individual, grupo de pessoas ou organização/instituição que tem ou teve a maior influência negativa na sua história de vida. Por favor descreva essa pessoa, grupo ou organização e a forma pela qual tiveram um impacto negativo na sua história.

V. Histórias e a história de vida

Tem estado a falar-me sobre a história da sua vida. Ao fazê-lo, tem estado a tentar tornar a sua vida numa história para mim. Agora gostaria que pensasse um pouco mais sobre histórias e como algumas histórias particulares podem ter influenciado a sua própria história de vida. Desde uma idade precoce, todos nós ouvimos e vemos histórias. Os nossos pais podem ler-nos histórias quando somos pequenos; ouvimos pessoas a contar histórias sobre eventos quotidianos; vemos histórias na televisão e ouvimo-las na rádio; vemos filmes ou peças; aprendemos sobre histórias nas escolas, igrejas, parques, vizinhança, com amigos, família; contamos histórias uns aos outros na vida quotidiana. Alguns de nós até escrevem histórias. Tenho interesse em saber quais são algumas das suas histórias favoritas e como elas podem ter influenciado a forma como pensa sobre a sua própria vida e sobre a sua história de vida. Vou perguntar-lhe sobre três tipos de histórias. Em cada caso, tente identificar uma história na sua vida que encaixe na descrição, descreva-a brevemente e conte-me se essa história teve um efeito em si, e como.

Televisão, filme, teatrealização: Histórias visionadas

Pense retrospectivamente em programas televisivos que viu, filmes, ou outras formas de entretenimento ou histórias dos meios de comunicação que experienciou. Por favor identifique uma das suas histórias positivas neste domínio-por exemplo, um programa televisivo ou série favorita, um filme favorito, peça, etc. Em algumas frases, conte-me sobre o que é essa história. Conte-me porque é que gosta tanto da história e como é que ela teve um impacto na sua vida.

Livros, revistas: Histórias lidas

Agora pense retrospectivamente em coisas que leu- histórias e livros, revistas, jornais e outros. Por favor identifique uma das suas histórias favoritas neste domínio. Novamente, conte-me um pouco sobre a história, porque gosta dela, e que impacto, se algum, ela teve na sua vida.

Histórias de família, amigos: Histórias ouvidas

Ao crescer, muitos de nós ouvimos histórias da nossa família ou dos nossos amigos, que permanecem connosco, histórias que recordamos. Histórias de família incluem histórias que os pais contam aos filhos sobre os “velhos tempos”, a herança familiar, lendas de família e outras. As crianças contam umas às outras histórias no recreio, na escola, ao telefone, e outros. Parte do que torna a vida divertida, mesmo na adultez, envolve amigos e família contando histórias sobre eles próprios e sobre outros. Tente identificar uma história como esta que recorde, uma que tenha permanecido consigo. Novamente, conte-me um pouco sobre a história, porque gosta dela ou porque é que a recorda, e que impacto, se algum, ela teve na sua vida.

VI. Futuros alternativos para a história de vida

Agora que me contou um pouco sobre o seu passado, gostaria que considerasse o futuro. Gostaria que imaginasse dois futuros diferentes para a sua história de vida.

Futuro positivo

Primeiro, descreva por favor um futuro positivo. Ou seja, por favor descreva o que gostaria que acontecesse para a sua história de vida, incluindo que objectivos e sonhos poderia alcançar ou realizar no futuro. Por favor tente ser realista. Noutras palavras, gostaria que me desse uma imagem do que realisticamente gostaria de ver acontecer nos capítulos e cenas da sua história de vida.

Futuro negativo

Agora, por favor descreva um futuro negativo. Ou seja, descreva um futuro muito indesejável, que teme que pudesse acontecer mas deseja que não aconteça. Novamente, tente ser bastante realista. Noutras palavras, gostaria que me desse uma imagem de um

futuro negativo para a sua história de vida, que poderia acontecer mas que espera que não aconteça.

VII. Ideologia pessoal

Agora gostaria de lhe colocar algumas questões sobre as suas crenças e valores fundamentais, relativas a questões de sentido e espiritualidade na sua vida. Por favor dê alguma atenção a cada uma destas questões.

a) Considere por um momento a dimensão religiosa ou espiritual da sua vida. Por favor, descreva as suas crenças religiosas ou as formas pelas quais aborda a vida num sentido espiritual.

b) Por favor, descreva como a sua vida religiosa ou espiritual, valores ou crenças, mudaram ao longo da sua vida.

c) Como é que aborda as questões políticas e sociais? Tem um ponto de vista político particular? Existem questões ou causas sobre as quais tem sentimentos fortes? Descreva-as.

d) Qual é o valor mais importante na vida humana? Explique.

e) Que mais me pode dizer que me ajudaria a compreender as suas crenças e valores mais fundamentais sobre a vida e sobre o mundo, as dimensões espirituais da sua vida ou a sua filosofia de vida?

VIII. Tema de vida

Olhando retrospectivamente para a sua história de vida inteira, como uma história com capítulos e cenas, indo desde o passado ao futuro imaginado, consegue discernir um tema, mensagem ou ideia central que atravessasse a história? Qual é o maior tema da sua história de vida? Explique.

IX. Outro

Que mais eu deveria saber para compreender a sua história de vida?

Anexo K

Temas de Agência:

1. Auto-mestria: o protagonista da história esforça-se com sucesso para controlar, aumentar ou aperfeiçoar o self. Através de uma acção, pensamento ou experiência efectivos, é capaz de fortalecer o self, sentindo maior mestria, maior força ou com maior controlo sobre o seu destino ou sobre o que o rodeia.
2. Conquista/Responsabilidade: a pessoa reporta sucesso substancial na realização de tarefas, objectivos instrumentais ou responsabilidades importantes. O protagonista da história sente orgulho, confiança ou sucesso em: (1) alcançar desafios significativos ou ultrapassar obstáculos importantes relativos a conquistas instrumentais na vida ou (2) assumir responsabilidades relevantes por outras pessoas e assumir papés que exigem que a pessoa esteja encarregue de coisas ou de pessoas. Na maior parte das vezes estas conquistas e responsabilidades ocorrem em contextos profissionais e não em contextos mais pessoais.
3. Estatuto/Vitória: o protagonista obtém um acentuado estatuto ou prestígio entre os seus pares, através da obtenção de um reconhecimento ou honra especial ou de ganhar um concurso ou competição. A implicação deste tema é a de que o estatuto ou vitória é alcançado relativamente a outros, no âmbito de um contexto interpessoal e implicitamente competitivo, em que a pessoa vence ou triunfa.
4. Empoderamento: o indivíduo é melhorado, empoderado ou valorizado através da sua associação com alguém ou algo superior e mais poderoso que o próprio. No empoderamento, a força empoderadora é normalmente (1) Deus, natureza, cosmos ou alguma outra manifestação de um poder superior no universo ou (2) um professor, mentor, terapeuta, familiar ou figura de autoridade altamente influente, que fornece assistência ou orientação cruciais ao indivíduo.

Temas de Comunhão:

5. Amor/Amizade: o protagonista experiencia um reforço de amor erótico ou amizade em relação a outra pessoa. Refere-se primariamente a amor e amizade entre pares, tipicamente equivalentes em termos de idade e estatuto, não se incluindo sentimentos de afecto entre pais e filhos.
6. Diálogo: a pessoa experiencia uma forma de comunicação ou diálogo recíproco, não instrumental e não hostil, com outra pessoa ou grupo de pessoas. Esta conversa é vista como um fim em si mesma e não como um meio para atingir outro fim.
7. Cuidar/Ajudar: o indivíduo reporta que fornece cuidado, assistência, ajuda, apoio ou terapia a outro, contribuindo para o bem-estar físico, material, social ou emocional dessa pessoa.
8. Unidade/União: este tema captura a ideia de ser parte de uma comunidade mais vasta. O protagonista experiencia um sentido de unidade, harmonia, sincronia, pertença, com um grupo de pessoas, uma comunidade ou até toda a humanidade. Uma manifestação comum deste tema envolve o protagonista ser rodeado por amigos e família num evento importante, experienciando forte emoção positiva porque uma comunidade de outros importantes se juntaram a ele nesse momento.

